

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y
SOCIOLOGÍA**

Departamento de Antropología Social



**EL PODER DE LOS TROPOS EN LA REPRESENTACIÓN
COGNITIVA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA :
ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS CONTEXTOS
CLÍNICOS : EL HOSPITAL Y EL CENTRO DE SALUD**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Ramón del Gallego Lastra

Bajo la dirección del doctor
José Luis García García

Madrid, 2011

ISBN: 978-84-695-0869-5

©Ramón del Gallego Lastra, 2011



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

**EL PODER DE LOS TROPOS EN LA
REPRESENTACIÓN COGNITIVA DE LA
PROFESIÓN DE ENFERMERÍA. ANÁLISIS
COMPARATIVO DE DOS CONTEXTOS CLÍNICOS:
EL HOSPITAL Y EL CENTRO DE SALUD**

TESIS DOCTORAL

RAMÓN DEL GALLEGO LASTRA

Director

Dr. José Luis García García

MADRID 2011

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiera sido posible sin la enorme ayuda de su director, Dr. José Luis García García. Uno de los logros que he obtenido con el trabajo de esta tesis ha sido el poder disfrutar aprendiendo de lo mucho que sabe enseñar, gracias a su calidad humana e intelectual.

Quiero agradecer a todos los profesionales con los que he compartido las jornadas del trabajo de campo, su buena acogida y la disposición a colaborar en todo lo que el estudio ha requerido.

La tesis que ahora concluyo, tiene mucho de años de reflexión sobre la profesión de enfermería que he compartido con compañeros y amigos a los que les quiero agradecer su estímulo e inspiración: Francisca Hernández, Consuelo Álvarez, Sagrario Guisado, M^a Ignacia González-Quijano, M^a Luz González, Rosario Morales y Carmen Martínez.

Por último, el recuerdo de todos los momentos quitados a la familia, hace que agradezca especialmente a mi familia.

A mi madre, que siempre ha creído en mí.

A mi hermana y su familia: Guille, Nachete, Sergio, Nacho y Betty, a los que siempre llevo en el corazón.

Y una gratitud infinita a mi hija Cristina y a mi esposa Elena, a las que he robado demasiados momentos y les he dado demasiados cambios de humor. Espero poder compensar de todos estos años dedicados a la investigación y recuperar a la familia.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	9
Antecedentes históricos	11
Estado actual de la cuestión	16
Objetivos	21
Marco teórico	23
Procesos cognitivos	23
Tropos	32
Función cognitiva	33
Función emotivo-afectiva	37
Función performativa	38
Hipótesis	39
Diseño metodológico	42
Ámbito de la investigación	42
Muestreo	45
Técnicas de investigación	47
Previsión de análisis	50
 CAPÍTULO 2. ÁMBITO DE ESTUDIO	 53
El hospital	54
Inicio de la tarea diaria: el parte	57
Actividades cotidianas	59
Imposibilidad de mantener las propias rutinas	64
Los comentarios	66
Enfermería de papel	72
Plan de cuidados	73
Alta de enfermería	76
El centro de salud	80
El juego de los tropos en el análisis cognitivo de la enfermería	 87

CAPÍTULO 3. RELACIONES PROFESIONALES	97
<i>Imágenes de la enfermería</i>	98
El ángel de la guarda	99
La metáfora de la chacha	106
Tropos con agujas	109
La ruta terapéutica	111
Enfermera de enfermos	118
<i>Paciente</i>	125
El cuerpo enfermo	126
El cuerpo receptor (diana)	129
La máquina en el taller	136
<i>Los tropos y las prácticas sociales</i>	140
Metonimias y pacientes	141
Metáforas y profesión	142
CAPÍTULO 4. DECISIONES EXPERTAS	147
<i>Conocer para decidir</i>	149
La tarea de recopilar datos	153
<i>Visualizar el valor profesional de la enfermería</i>	166
<i>Etiquetar al paciente para delimitar la profesión</i>	176
<i>Decisiones para la acción o para la profesión</i>	183
CAPÍTULO 5. EL CUIDADO: SÍMBOLO PROFESIONAL	203
<i>Los cuidados en el discurso profesional</i>	205
Cuidado técnico	207
Cuidado vigilante	209
Cuidado preventivo	211
Cuidado psicológico	213
Diálogo entre el conocimiento popular y el experto	216
<i>Esquemas cognitivos del cuidado de enfermería</i>	220
Manual - intelectual	223

Sincrónica - diacrónico	226
Decisión médica - decisión enfermera	227
<i>Cuidado inefable: Símbolo profesional</i>	231
CAPÍTULO 6. EL JUEGO DE LOS TROPOS EN EL ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIONES COGNITIVAS. A MODO DE CONCLUSIÓN	239
BIBLIOGRAFÍA	257
ANEXOS	
<i>Anexo I: Paradigmas enfermeros</i>	269
<i>Anexo II: Códigos de identificación de informantes</i>	277
<i>Anexo III: Planilla de enfermería</i>	281
<i>Anexo IV: Planilla de auxiliares de enfermería</i>	285
<i>Anexo V: Carteles de control de enfermería</i>	289
<i>Anexo VI: Informe del Comité de Bioética</i>	295
<i>Anexo VII: Comentarios de medicina interna</i>	299
<i>Anexo VIII: Comentarios de cirugía general</i>	309
<i>Anexo IX: Virginia Henderson</i>	317
<i>Anexo X: Carteles consulta de enfermería</i>	323
<i>Anexo XI: Unidades de hospital</i>	327
<i>Anexo XII: Publicidad de fiestas universitarias</i>	331
<i>Anexo XIII: Patrones funcionales de salud</i>	335

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes queremos que nos cuiden. Yo ya acepto que no me curen, pero me costaría aceptar que no me van a cuidar.

(Albert Jovell¹, 2006)

El debate que suscitó el proceso de definición del término *Enfermería*, que incluiría el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) en su edición de 2001, es reflejo del momento de cambio que está viviendo la profesión enfermera. El “Manifiesto sobre la definición de enfermería”, que firman distintas asociaciones y organizaciones, denuncia la definición propuesta por la Real Academia Española (RAE) “... 2: *Pro fesión y titulación de las personas que se dedican al cuidado y atención de los enfer mos, normalmente bajo la dirección de un m édico...*”. El manifiesto rechaza la redacción que a juicio de los firmantes es “....*obsoleta y caduca y totalm ente alejada de la realidad profesional y laboral de nuestro colectivo*”. En él comunican que “*Su responsabilidad es esencial [de enfermería] es ayudar a los indiv iduos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptim a en cualquier estado de salud en el que se encuent ren. Esto signific a que la profesión abarca la función de cuidar tanto en la salud como en la enfermedad, y desde la concepción hasta la muerte*”, y consideran la redacción propuesta por la RAE “*como una agresión a todo el colectivo profesional de enf ermería que día a día a dem uestra su autonomía profesional con resultados en términos de salud*”.

La RAE modificó la definición para dar respuesta a las reivindicaciones de los representantes de la enfermería: “*Profesión o titulac ión de la persona que se dedica al cuidado y atención de enferm os y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas*”. No obstante, el debate muestra cómo hay dos visiones encontradas: una social, si admitimos que la RAE pulsa la opinión de la sociedad para definir los términos según son utilizados por esta, y otra profesional. Pero esta dicotomía no solo se observa entre la sociedad y la

¹ Entrevista a Albert Jovell, enfermo de cáncer, médico y Presidente del Foro del paciente; realizada por Milagros Pérez Oliva y publicada por El País Semanal el 16 de abril de 2006.

profesión sino también en el interior de esta última. Así lo atestiguan los continuos llamamientos desde la literatura y las asociaciones profesionales a adoptar un *modelo enfermero de cuidados* centrado en el paciente y abandonar el *modelo biomédico* que focaliza la acción de la enfermería en la ayuda al médico en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Guirao, 1997: 4), o el pronunciamiento de la Organización Colegial, dando por superada “*la arcaica concepción de función auxiliar o secundaria*” (Consejo General de Enfermería, 1998:9), y también el reconocimiento del constante desencuentro entre la teoría y la práctica (Girbés, 1999; López-Parra et al, 2006). Vemos, por tanto, que estamos ante un colectivo profesional no tan homogéneo en la manera de entender e identificarse con la profesión como cabría esperar de la contundente respuesta de los firmantes del manifiesto, y en el que se contrapone una visión tradicional a otra que propone una profunda transformación de la práctica profesional (Piera, 1998; Mena et al, 2001; San Alberto et al, 2002, e Izquierdo, et al, 2002). Estos debates profesionales denotan un estado de permanente indefinición, que también el sociólogo Hernández Yáñez destaca tras el análisis de la literatura enfermera de los últimos 40 años: “*una profesión que necesita cuestionarse sus propios fundamentos permanentemente y que no parece haber dado con la respuesta a esas preguntas, sin duda carece de una identidad definida en su mercado profesional*” (2010: 9-10).

Convencidos de que los fenómenos humanos, y entre ellos la enfermería, no tienen naturaleza sino que son creaciones culturales, y como tales solamente tienen historia y en ella han de ser comprendidas (Herrero de Miñón, 2005), analizarla nos permitirá ilustrar las razones de los cambios que se producen en los últimos años y que hacen que la enfermería no pueda ser observada como un colectivo homogéneo, al menos en las formas de entender la profesión².

² Antes de continuar es preciso aclarar que aquí se utilizará el término profesión en la acepción aceptada por el DRAE: “*Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que recibe una remuneración*”; si bien hay importantes matices sociológicos que más adelante se abordarán.

Antecedentes históricos

Un breve recorrido por los principales acontecimientos que caracterizan la evolución de la enfermería, permitirá establecer los puntos de referencia que justifican las dos visiones antagónicas que he destacado arriba. Unas prácticas profesionales producto de la inercia de una larga historia, de milenios, son cuestionadas por élites intelectuales que surgen en el siglo XX al abrigo de reformas educativas en Estados Unidos, principalmente. Las producciones intelectuales de estas élites han incorporado a la práctica y discursos profesionales unos retos que están en la base de las visiones y tensiones que se producen, sobre todo, en el interior del propio colectivo profesional. El conocimiento de la génesis de ese movimiento renovador de la enfermería, y de sus presupuestos teóricos, es imprescindible para asentar los pilares en los que se construye esta tesis, y entender las elecciones que he realizado sobre los enfoques temáticos, con los que trataré de dar explicación de la confrontación entre las distintas visiones y las dificultades con las que se encuentra el movimiento renovador para incorporar a la práctica profesional sus propuestas teóricas.

Situar el momento en el que aparece la práctica profesional enfermera es arriesgado y complejo. En Europa pueden considerarse a las Diaconisas romanas (viudas y vírgenes que se dedicaban al cuidado sanitario de las primeras comunidades cristianas en Roma) como el primer grupo institucionalizado que prestaba cuidados a la comunidad. Hasta entonces esta actividad, tan antigua como el hombre, está ligada a las obligaciones domésticas de la mujer en el ámbito del hogar, prestando atención a las necesidades de los miembros de la familia cuando estos caían heridos o enfermos. Proporcionar alimento, higiene, descanso y otras atenciones cotidianas, era una actividad doméstica de la que se encargaban principalmente las mujeres, en extensión de las obligaciones maternas y de cuidado del hogar, producto de la división sexual del trabajo. Pero este cuidado era muy elemental e incluso instintivo y relacionado con la supervivencia. El saber sobre la enfermedad y sus causas ha estado en manos de magos,

chamanes, más tarde médicos; casi siempre hombres. Cuando se institucionaliza la atención a los enfermos esta dicotomía va a seguir manteniéndose: Curar es al hombre como a la mujer cuidar; la primera es actividad intelectual, relacionada con el conocimiento y la segunda es una actividad manual y más relacionada con el afecto y las emociones.

Desde la Edad Media, en Europa, la enfermería se relaciona con la Iglesia, y concretamente en la España cristiana con el desarrollo a partir del siglo VI del monacato, la atención al enfermo pobre y desvalido se realiza exclusivamente en los hospitales monásticos (Nogales, 1996). Esta actividad se continúa ejerciendo motivada por un sentido vocacional y de caridad cristiana. Hay que esperar hasta mediados del siglo XIX para encontrar el primer intento de explicar la contribución de la enfermería al cuidado de la salud, y surge con la figura de Florence Nightingale, quien pretende dar un nuevo sentido a la enfermería de la Inglaterra victoriana, donde tenía un bajísimo nivel, dada la escasa formación de las profesionales y la ausencia de una estructura institucional. En tales circunstancias supuso un enorme revulsivo que Nightingale la identificara como pilar básico en la atención a los enfermos, planteando que la medicina y la cirugía no curan sino que: *"la cirugía extrae (...) el obstáculo para curar (...) Cuando la función de un órgano es obstaculizada, la medicina ayuda a la naturaleza a remover ese obstáculo"*; y es la enfermería el eslabón esencial en el proceso curativo ya que *"lo que la enfermería ha de realizar, (...) es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe"* (Nightingale, 1990:134). El conocimiento que poseía en matemáticas le permitió demostrar su hipótesis aplicando la estadística a los problemas sanitarios, siendo pionera en este campo, evidenciando con este método que la presencia de su equipo de enfermeras en los hospitales de campaña del ejército inglés, durante la guerra de Crimea, consiguió reducir la mortalidad de un 42,7 % al 2,2 % en un periodo de medio año (Cohen, 1984).

Hay que esperar casi un siglo para que, coincidiendo con movimientos de emancipación de la mujer y de reconocimiento de los derechos civiles, especialmente los referidos a la salud y la forma de considerar ésta, se volviera a teorizar sobre la contribución fundamental de la enfermería al cuidado de la

salud. Se inicia entonces un movimiento que pretende incrementar su peso específico en el mundo sanitario. Cubrir este objetivo pasa por concretar el campo de competencias exclusivas, donde la enfermera sea la máxima autoridad; una propiedad que la sociología funcionalista denomina especificidad funcional (Parsons, 1976:404-409) y que se reconoce como imprescindible para el desarrollo de una profesión moderna. Coincidiendo con el avance en la formación superior en EEUU y Canadá, a partir de la década 1940, las líderes intelectuales han manifestado explícitamente un interés por enfocar dos centros de atención preferentes: la *disciplina*, por la que hacen referencia a un dominio del conocimiento marcado por una perspectiva teórica única y una manera distinta de examinar los fenómenos; y la *profesión*, que se refiere a un campo especializado de la práctica, creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan (Kérouac et al, 2005; Tomey y Alligood, 2007). En parte debido a que los profesores que explicaban metodología de la investigación eran sociólogos (Smith, 1996:74), la enfermería norteamericana se pone como uno de los primeros retos la descripción de la práctica profesional y la definición de la especificidad profesional. Esta tarea cristaliza en la definición elaborada por Virginia Henderson que el Consejo Internacional de Enfermeras (1961: 6) adopta como la definición de la *función propia*:

"Atender al individuo enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios. Cumpliendo esta misión de forma tal que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible".

Paralelamente, se comienza a especular sobre los elementos descriptivos de la práctica, con la intención de explicar los fenómenos propios del campo disciplinar y obtener conclusiones o principios generalizables que permitan predecir o controlar esos fenómenos. Este propósito cristaliza en el desarrollo de una gran cantidad de modelos conceptuales, que en la última revisión del tratado de Tomey y Alligood, principal texto recopilatorio de estos productos epistemológicos, se contabilizan un total de cuarenta. Los modelos se

desarrollan en un contexto teórico de una fuerte prevención contra los excesos biologicistas, que constituye el riesgo principal de contaminación médica y subsiguiente pérdida de la identidad enfermera. Las principales influencias teóricas proceden de la psicología y la psicopedagogía, especialmente articuladas en torno a la relación de ayuda, y de teorías antropológicas y otras procedentes de la fenomenología y el existencialismo, que le aportan una base firmemente humanista. En un relato histórico de esta producción científica, Kérouac los agrupa según tres paradigmas: categorización, integración y transformación, que a su vez divide en escuelas de pensamiento según la manera en la que tratan los conceptos básicos de interés disciplinar, especialmente el cuidado (anexo I).

Esto ha venido ocurriendo en coincidencia con las corrientes de pensamiento que hicieron de los sistemas médicos y de la enfermedad un ámbito de estudios sociales y filosóficos (Martínez Hernández, 2008:13-44): primero en los años cincuenta, el periodo pragmático, de gran desarrollo de programas de salud en los países en desarrollo, creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el creciente interés por entender desde otra perspectiva algunas problemáticas sociosanitarias del mundo desarrollado; y después, a partir de los años setenta, o periodo crítico, en el que la estrategia de partida es la deconstrucción de los límites entre ciencia y creencia y se estudia la biomedicina, considerada depositaria de la racionalidad, como un sistema de creencias que es hegemónico en occidente en la interpretación de la enfermedad y tiene vocación de someter al resto a su dominio ideológico.

Simultáneamente a esta producción epistemológica, que pretende el desarrollo de la disciplina enfermera como saber científico, se propone a los profesionales un método para la toma de decisiones clínicas, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que busca el avance de la profesión (Luis et al 2005: 3). Un método de identificación y resolución de problemas clínicos que consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Con su implantación se intenta dotar a la enfermería de una herramienta para la toma de decisiones con autonomía, y huir de la actividad tradicional consistente en el exclusivo cumplimiento de

órdenes médicas. La enfermería dispone así de la herramienta para tomar decisiones, pero no están claros los problemas sobre los que puede decidir. Siguiendo esta línea de trabajo, en los años setenta se inicia el estudio de los problemas que la enfermería podría identificar y tratar de forma autónoma y a estos conceptos se les denomina diagnósticos de enfermería. En Norteamérica se organiza una asociación pionera en este campo, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que desde 1973 viene clasificando conceptos cuyo tratamiento sea de exclusiva competencia del profesional de enfermería; y esa idea se destaca en la definición del diagnóstico enfermero: *"Juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. El Diagnóstico de Enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería que conduzcan a los resultados de los que es responsable la enfermera"* (NANDA, 2001:253). Esta organización propuso a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la inclusión de los diagnósticos en la 10ª revisión de la International Disease Classification (ICD-10), lo que daría un fuerte apoyo, a nivel internacional, a estas ansias de autonomía. La OMS encargó al Consejo Internacional de Enfermería (CIE) el desarrollo de otra clasificación, de entidades distintas a las enfermedades, que respetase sus criterios taxonómicos para poder ser asumida por el alto organismo (Luis, 2008:12). Ugalde (2004) ha contabilizado hasta catorce taxonomías diferentes³, de diagnósticos enfermeros, que se han desarrollado en todo el mundo, y que clasifican de distinta manera estos productos que se dan en la práctica enfermera. Es obvio que a una clasificación de problemas se debería de añadir otra que clasificase las soluciones, y en 1987 miembros de la NANDA inician el Iowa Interventions Project que desarrolla la Nursing Interventions Classification (NIC) (McCloskey y Bulechek, 2001: 31-32). Asimismo en 1991 se crea el Iowa Outcomes Project que edita la Nursing Outcomes Classification (NOC) (Johnson, et al, 2002: 3-12). En marzo de 2002 se aprueba la primera

³ En adelante utilizaré la denominación de taxonomías enfermeras para designar a este tipo de clasificaciones de problemas, objetivos e intervenciones, por ser el término más utilizado en la literatura profesional.

clasificación conjunta de los tres sistemas NANDA-NIC-NOC (Diagnósticos, Intervenciones y Objetivos).

Estado actual de la cuestión

Enfermería es la segunda profesión más valorada por los españoles (7,8) según del barómetro del CIS de junio de 2006 (CIS, 2006). No obstante, no parece corresponderse con la autopercepción que las enfermeras⁴ tienen de sí mismas y de su profesión; y la continua búsqueda de mejores posiciones en el espacio profesional así lo atestigua. Las líderes intelectuales llevan décadas destacando las cualidades de la enfermería, mediante la importante producción de teorías explicativas de su especificidad, método de toma de decisiones y taxonomías enfermeras que corroboren el campo de actuación profesional, con la finalidad de proporcionar una mayor visualización de la función de las enfermeras. La relevancia de este movimiento ha sido tal, que en 1973 la American Nurses Association (ANA) publica el Standard of Nursing Practice y adopta el Proceso de Atención de Enfermería, con sus cinco fases, como el marco de la actividad profesional utilizándolo como directriz para el desarrollo de las Normas de la Práctica de Enfermería. El PAE ha sido incluido en la definición de la mayoría de las Leyes de Práctica de Enfermería e incorporado a los planes de estudio de enfermería. Asimismo los diagnósticos han tenido tal repercusión en el mundo profesional que la ANA ha llegado a definir la enfermería como *“el diagnóstico y tratamiento a las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales”* (Johnson et al, 2002).

En España se incluye en los planes de estudio a partir de 1977, cuando se incorpora la Enfermería a la Universidad y se transforma el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) a Diplomado en Enfermería. También las direcciones de enfermería de los centros sanitarios, desde su creación tras la reforma

⁴ En este trabajo será utilizado el término ‘enfermera’ como genérico que designa a todos los profesionales que ejerce la enfermería, en atención a la abrumadora mayoría de mujeres que forman este colectivo y que hace que sea de uso frecuente en la literatura especializada.

sanitaria de 1986 (Ley General de Sanidad, 14/1986)⁵, han ido poniendo en marcha programas de implantación del Proceso de enfermería. Los discursos hegemónicos que acompañaban a estos proyectos justificaban el cambio, mediante la oposición binaria de la que venimos hablando en esta introducción: una imagen de una *enfermería moderna*, intelectual, avanzada y basada en criterios científicos y que debía justificar sus decisiones autónomas, frente a una *enfermería tradicional*, manual, atrasada, y basada en habilidades prácticas que somete su acción al dictado del médico. Las publicaciones profesionales dan cuenta de planteamientos teóricos apoyando la implantación de estas innovaciones, o trabajos empíricos, muchos de ellos proyectos piloto, con opiniones mayoritariamente favorables de las enfermeras participantes en estos estudios. En un trabajo realizado en una unidad de Cirugía del hospital Infanta Elena de Huelva (Mena et al, 2001:137-139) sobre la implantación del proceso de enfermería, la opinión mayoritaria era favorable, destacando más del 70% que sirve para unificar criterios. Igualmente San Alberto et al (2002: 58-62) al estudiar la implantación de planes estandarizados con diagnósticos observaron que supone un aumento de 6,6 minutos de media de atención por paciente, pero estos pacientes percibían una mejor atención y más personalizada. Pero cuando los estudios superan el ámbito restringido del proyecto piloto y se analizan grupos más amplios, los resultados comienzan a presentar otra realidad. Un estudio que considero revelador es el realizado por Izquierdo et al (2002) con encuestas en centros de atención primaria de toda España, sobre una muestra de 500 centros de los que respondieron 390, en los que trabajaban 3396 enfermeras. Solo utilizaban el proceso enfermero en el 43% de los centros (en Madrid era el 61%) y de éstos solo el 33% de las enfermeras y de ellas solo lo aplicaban al 42% de los pacientes que atendían. De los centros el 65% no tenían implantado un modelo de enfermería. Resultados similares obtiene años después Granollers et al (2006) que

⁵ Las enfermeras mantenían una dependencia orgánica directa de los médicos a través de la jefatura de servicio y de una dirección de hospital que ostentaba también un médico. La reforma sanitaria de 1986 modificó el organigrama creando la figura del director gerente (cuya filosofía era que ocupara una persona con capacidad empresarial, aunque la realidad se encargó de demostrar, irónicamente, que estas personas casi siempre eran médicos), de la que dependerían tres direcciones: médica, enfermera y de gestión.

confirma la escasa utilización del PAE, con solo un 47,9% en consulta de pacientes crónicos y un exiguo 2,6% en consulta de agudos. Además los autores concluyeron que la escasa utilización no se debe a la falta de formación de los profesionales sino a que *“el lenguaje es demasiado pesado, poco ágil y difícil, y los profesionales tienen la sensación de estar invirtiendo demasiado tiempo para los resultados que revierten”*. De este tipo de trabajos surgen algunas preguntas que será pertinente contestar a la luz de los datos etnográficos: ¿Los profesionales modifican la manera de tomar decisiones clínicas mediante la incorporación de un método clínico concreto? ¿El PAE es un vehículo adecuado para incorporar el modelo teórico, que propone la autoridad promotora del método clínico, a la práctica profesional?

La imprescindible unión entre un modelo teórico que oriente la visión de los fenómenos de salud que la enfermera atiende y el PAE, es reivindicado por muchas autoras pero escasamente implantado, como podemos ver en el trabajo de Izquierdo. La idea de que los modelos conceptuales de enfermería son la representación teórica de la realidad profesional, se ha encontrado con el rechazo sistemático de una gran cantidad de profesionales que les critican precisamente eso, su alejamiento de la realidad. Incluso líderes de la autoridad intelectual de Virginia Henderson, han manifestado su preocupación porque se estaba empleando demasiado tiempo en describir modelos teóricos con terminología vaga, incomprensible, carente de interés para la enfermería práctica y más centrada en la enfermera que en el paciente: *“Se ha escrito tanto que es incomprensible -no sabes de lo que te hablan- o no es lo suficientemente interesante para que te permita recordarlo...”* (Smith, 1996:87). No obstante ella reconoce el acierto y utilidad de algunas ideas, que en todas existe una esencia útil, pero le gustaría que se simplificaran y demostraran de un modo práctico todas las afirmaciones teóricas y medir su uso en cuanto lo que le ocurre al paciente. Considera que la gran carencia en enfermería es la falta de instrumentos que midan la efectividad de lo que hace la enfermera y del efecto que esto tiene sobre el receptor. Piensa que en la literatura se hace demasiado énfasis en el proveedor de los cuidados y no en el receptor. Su desafío es que: *“Todo aquel que haya escrito sobre la teoría de la enfermería practique lo suficiente para decirnos cómo hay que convertir sus teorías de la*

enfermería en enfermería práctica" (Smith, 1996:88). Igualmente incomprensible parece ser para la gran mayoría de las enfermeras asistenciales, en cuyo ámbito de actuación es muy difícil ver que las propuestas teóricas tengan terreno adecuado para su fructificación. Wimpenny (2002) realizó en Escocia un estudio cualitativo con entrevistas en profundidad y seriadas⁶ a veintitrés enfermeras con formación de postgrado en modelos. El estudio parte de una amplia revisión bibliográfica, en la que constata que tras un periodo de emergencia de estos modelos, que se produjo entre las décadas de 1970 y 1990, en la actualidad no solo la visión es más crítica y escéptica sobre su valor, sino que la implantación clínica es muy escasa. Wimpenny identifica tres tipos de modelos: un modelo teórico, desarrollado por una teórica y que consiste en un conjunto de ideas y conceptos generales y abstractos; un modelo mental, que representa la forma en que cada profesional describe la enfermería y está construido a través de la experiencia personal y los conocimientos, y un modelo subrogado, que es la versión funcional de un modelo teórico y se utiliza como guía en la clínica y representa un marco o estructura con la cual las enfermeras pueden recolectar datos, comunicarlos y a través de la cual la organización puede estandarizar y auditar la práctica. Del análisis de las entrevistas concluye que los modelos son algo tangencial y externo a la práctica; se confunde el teórico con el subrogado y comenta que si los gestores siguen asumiendo que los modelos teóricos pueden ser introducidos solamente a través de una versión subrogada, o que son la versión subrogada, entonces pueden considerarse extinguidos en un futuro próximo.

También respecto a las taxonomías enfermeras (NANDA, NIC, NOC principalmente) se ha observado en los últimos años un cambio importante. Del purismo conceptual con el que fueron presentadas en los inicios, como clasificaciones del conocimiento enfermero, se ha pasado a la laxitud teórica actual. Así van surgiendo revisiones críticas de la clasificación de diagnósticos, como la de Luis Rodrigo, en la que se censura que en muchos de ellos las

⁶ Las entrevistas se realizaron antes del curso, inmediatamente después y 1-2 años más tarde, y contestaron los 23 solo a en la primera entrevista, 20 en la segunda y 14 en la tercera.

premisas que nos llevan a juicios clínicos están fuera de la competencia profesional de la enfermera, al igual que sus soluciones, producto todo ello de la ausencia absoluta de una teoría enfermera que guíe a esas clasificaciones (Luis, 2008, :3): *“Uno de los más graves [peligros] es, a nuestro entender, confundir el medio con el fin, tomar el camino por la meta, pensar que basta con disponer de una o varias terminologías propias para resolver los problemas de definición y delimitación del área de competencia que tiene la enfermería, cuando es exactamente al revés”*. En esta línea de opinión se encuentra la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) desde la que se ha criticado que las nuevas clasificaciones de la práctica enfermera se tengan como meras herramientas, lo que limita a la enfermería (Rifa y Rouré, 2008). Watson (2004) concretamente identifica como una carencia de las clasificaciones el que *“no es el lenguaje que utilizan las enfermeras/os a la hora de comunicarse sobre los cuidados que administran o de hablar sobre la naturaleza de su profesión”*. En resumen, la clasificación de la NANDA que nació como una clasificación del conocimiento enfermero, en la actualidad es más una clasificación de la práctica, más aun desde su fusión con la de intervenciones y la de resultados. Este problema se incrementa en la clasificación del CIE que nace directamente como una clasificación de la práctica; por tanto desde un principio admite problemas y tratamientos que no son de la exclusiva competencia de una enfermera sino que requieren un diagnóstico y prescripción médica. La fusión de NANDA-NIC-NOC ha ido recorriendo ese camino y en la actualidad hay una propuesta de reforma de la clasificación de la NANDA que incluya lo que denomina problemas de colaboración y que no son otra cosa que enfermedades: *“Problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico”* (Luis et al, 2005:6). Se viene así a refutar la búsqueda y tan ansiada autonomía disciplinar, asumiendo la dependencia conceptual de la medicina. Parece que después de unas décadas de exigencia epistemológica, una parte del mundo teórico enfermero ha optado por clasificar lo que la enfermería hace y no lo que debe de hacer, renunciando al objetivo inicial de describir la esencia del cuidado y la especificidad funcional de la enfermería. Cabe preguntarse si esto es una prueba de que la teoría

enfermera no ha podido dar respuesta a las necesidades cotidianas de los profesionales en la búsqueda de soluciones a los problemas de los pacientes. O tal vez, si las líderes de las asociaciones científicas han constatado la escasa utilidad de estas taxonomías como clasificaciones del conocimiento enfermero y han optado por desarrollar la clasificación de las prácticas enfermeras, aunque esto último implique asumir que el modelo dominante en la práctica profesional es el biomédico, o al menos que no ha fructificado una ciencia enfermera desde los postulados de los modelos teóricos conocidos hasta el momento.

He mostrado en esta introducción que los discursos de las élites intelectuales y las prácticas de las enfermeras asistenciales distan mucho de estar confluyendo. Cabe preguntarse entonces por qué este esfuerzo teórico no logra calar en la profesión y transformar la visión de los expertos hacia paradigmas alternativos; y como consecuencia de esa cuestión la pregunta pertinente sería: ¿responden los planteamientos teóricos a problemas significativos de la práctica profesional? Dado que este debate se libra en el terreno de las percepciones, los conceptos, las ideas, los valores, las creencias y las prácticas, parece un objeto de estudio adecuado para la antropología cognitiva: estudiar la coexistencia de diferentes visiones de la profesión enfermera y la manera en la que conceptos, valores e imágenes, provenientes de un cuerpo teórico-ideológico emergente, penetran en un grupo profesional de amplia tradición y procuran transformar su práctica profesional.

Objetivos

Mi propósito es establecer las nociones básicas que maneja la enfermería en el desarrollo de su práctica profesional y en los discursos que en ella, y sobre ella, se dan, y analizar las diferencias que produce la interacción de una práctica profesional tradicional con las nuevas propuestas epistemológicas. Las preguntas clave serán: ¿Cómo es la práctica y qué nociones se manejan en

ella? ¿Qué ha incorporado la enfermería de las novedades teóricas a la práctica cotidiana? ¿Han penetrado en el ideario colectivo de la profesión las nuevas propuestas? De no haberlo hecho, o no de forma total, ¿qué falta para su completa incorporación? ¿Cuáles son los principales obstáculos que impiden producir el cambio propuesto por las teorías emergentes? En consecuencia los objetivos de la tesis son:

- ⊙ Describir las prácticas profesionales de las enfermeras, los discursos que la acompañan y la lógica que subyace en ambas.
- ⊙ Identificar las diferencias existentes de la práctica profesional y los discursos que las acompañan en función de:
 - el ámbito laboral donde ejerce su profesión:
 - hospital
 - atención primaria
 - los diferentes roles profesionales que desempeñan:
 - enfermera asistencial (cuidado directo al paciente)
 - enfermera de gestión (dirige áreas concretas de la actividad de enfermería)
- ⊙ Identificar los procesos cognitivos que permiten a los profesionales situarse satisfactoriamente en su espacio profesional
 - describiendo las dimensiones con las que se define el cuidado.
 - determinando las diferencias en función del ámbito laboral y de los roles profesionales que desempeñan.

Marco teórico

Procesos cognitivos

La necesidad del hombre por solucionar problemas para los que no está dotado biológicamente, ha requerido crear colectivamente instituciones que desarrollan unas actuaciones especializadas y cuyas rutinas son acumuladas en un cuerpo de conocimientos que les permiten desarrollar proyectos futuros. Pero esas instituciones no se dan como hechos aislados, sino en el seno de una sociedad. Coincidiendo con Berger y Luckmann (2003), considero que el hombre de la calle actúa en el seno de la sociedad dando por establecido todo lo que le rodea y es la experiencia directa su fuente de conocimiento más importante. Mediante las sensaciones, percepciones y conceptualizaciones inicia la actividad intelectual, que obtiene sus conocimientos de un modo directo, sin especulación y sin conexión, al menos profunda, entre ellos. El desarrollo de la actividad cotidiana no requiere en principio precisión teórica para la resolución de sus problemas; de hecho la mayor parte de los conocimientos de los que disponemos los seres humanos están obtenidos de forma pre-teórica y constituyen lo que denominamos 'sentido común'. El método de obtención podría ser a través del reconocimiento de la identidad para cada cosa, enfrentándola a la equivalencia, de la falsedad de proposiciones del tipo <llueve o no llueve>, así como una idea intuitiva de una relación causal (González González, 1989: 21-22). El conocimiento ordinario es un tipo de conocimiento distinto del científico, en la medida en que no tiene un interés especulativo sino que es adquirido para la práctica. Así el individuo incorpora este tipo de conocimiento primario de forma frecuentemente empírica y posiblemente con escasa o nula metodología. El sentido común encierra innumerables interpretaciones pre-científicas de las múltiples realidades a las que hace frente el individuo (Berger y Luckmann 2003: 34-44). De todas ellas la que cobra una mayor significación es la realidad de la vida cotidiana a la que da por establecida. Lo significativo de este conocimiento es que permite aprehender la realidad de la vida cotidiana como ordenada y externa al

individuo, o sea objetivada. Y es el lenguaje utilizado el que proporciona continuamente las objetivaciones indispensables y dispone el orden dentro del cual éstas adquieren sentido y la vida cotidiana tiene significado para mí. Las cosas y sus relaciones tienen nombres y ese vocabulario marca coordenadas de mi vida en sociedad y llena esa vida de objetos significativos. Por tanto la conciencia está dominada por motivos pragmáticos y el hombre se siente profundamente interesado por las cosas que constituyen su tarea diaria. Esta realidad cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo, una realidad constituida por rutinas normales y auto-evidentes que generan un sentido común compartido por muchas personas y que constituye la actitud natural que no requiere verificación adicional. El mundo de la vida cotidiana se impone por sí solo y cuando quiero desafiarlo debo hacer un esfuerzo deliberado y nada fácil.

Berger y Luckmann dividen la vida cotidiana en dos sectores, uno de las rutinas y otro de los problemas que se presentan en el día a día. Los problemas no pertenecen, por tanto, a una realidad distinta y cuando estos aparecen el conocimiento de sentido común tiende a integrar el sector problemático en el no problemático. Pero también se pueden identificar zonas limitadas de significado, como la experiencia estética o religiosa, a las que la realidad cotidiana también envuelve. El lenguaje común que empleamos para objetivar las experiencias lo empleamos también para interpretar esas zonas limitadas de lenguaje, con lo cual deformamos estas experiencias devolviéndolas a la realidad cotidiana. El lenguaje se origina en la vida cotidiana y se refiere a la realidad que se experimenta en la conciencia dominada por la vida pragmática. Tipifica experiencias permitiendo incluirlas en categorías en cuyos términos adquieren significado. Constituye así ‘campos semánticos’ o zonas de significado lingüísticamente circunscritos, y elabora esquemas clasificadores para diferenciar los objetos. Tiene, además, la capacidad de trascender significados entre diferentes zonas de la realidad; incluso a experiencias correspondientes a zonas limitadas de significado. Cualquier tema significativo que cruce de una esfera de la realidad a otra puede definirse como símbolo y conceptualizarse como lenguaje simbólico, en el sentido genérico de la expresión (Berger y Luckmann, 2003: 55-57).

Por tanto, se puede afirmar que la práctica es la fuente principal del conocimiento y ese conocimiento común, asentado en la actividad cotidiana, constituye la base principal de aprehensión de la realidad. El 'conocimiento de receta', aquel que se limita a la competencia pragmática en quehaceres rutinarios, ocupa un lugar prominente en el cúmulo social de conocimiento. Mientras el conocimiento social funcione satisfactoriamente, se tiende a no ponerlo en duda; solo cuando nos enfrentamos a problemas permanentes de la vida cotidiana que requieren soluciones permanentes, y para los que no estamos espontáneamente capacitados, es preciso la asignación de esa parcela de la acción social a unos cuantos individuos especialmente adiestrado que conforma un 'grupo experto'. Estos generan las soluciones requeridas a través de una práctica y unos conocimientos distintos de los que utilizamos en nuestra vida cotidiana: son zonas limitadas de significado compartido por todos los miembros del grupo experto y que tipifican tanto a los actores individuales como a las acciones individuales. Las tipificaciones al hacerse habituales para tipos de actores presentan la ventaja cognitiva de hacer innecesario el volver a definir cada situación de nuevo paso a paso y así liberan energía para aquellas decisiones que puedan requerirse en ciertas circunstancias, abriendo así el camino a la deliberación y la innovación. Estas ventajas cognitivas al transmitirse de generación en generación adquieren objetividad; se convierte en una realidad histórica que trasciende la biografía de los individuos (Berger y Luckmann, 2003: 64-161).

Las instituciones controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas que canalizan en una dirección determinada, con un sistema de socialización, acatamiento y sanciones. Cuando una institución ha de transmitirse de una generación a otra surge la necesidad de legitimación previa, que permita a la institución poder explicarse y justificarse. El individuo socializado sabe que el mundo social es un conjunto coherente, y él precisa dar coherencia a ese mundo y al mundo institucional. Explica el orden institucional atribuyendo validez cognoscitiva a sus significados objetivados y lo justifica adjudicando dignidad normativa a sus imperativos prácticos. Por tanto la

legitimación no solo es cuestión de valores sino de conocimientos, y éste precede a los valores. La legitimación se produce a cuatro niveles:

1.- Legitimación incipiente: Son las afirmaciones tradicionales sencillas sobre cómo son las cosas. Es un nivel de conocimientos pre-teórico formado por conocimiento de receta. Constituye el fundamento del conocimiento auto-evidente sobre el que descansan todas las teorías subsiguientes y, recíprocamente, el que deben alcanzar si han de llegar a incorporarse a la tradición.

2.- Esquemas explicativos: Son pragmáticos y se relacionan directamente con acciones concretas. Aquí encontramos los proverbios, las máximas morales, las sentencias y también las leyendas y los cuentos populares.

3.- Teorías explícitas: Es la legitimación por medio de un cuerpo de conocimiento diferenciado. Por su complejidad y diferenciación, suele encomendarse a personal especializado que las transmite mediante procedimientos formalizados de iniciación. En esta fase la legitimación trasciende la aplicación pragmática y se convierte en teoría pura.

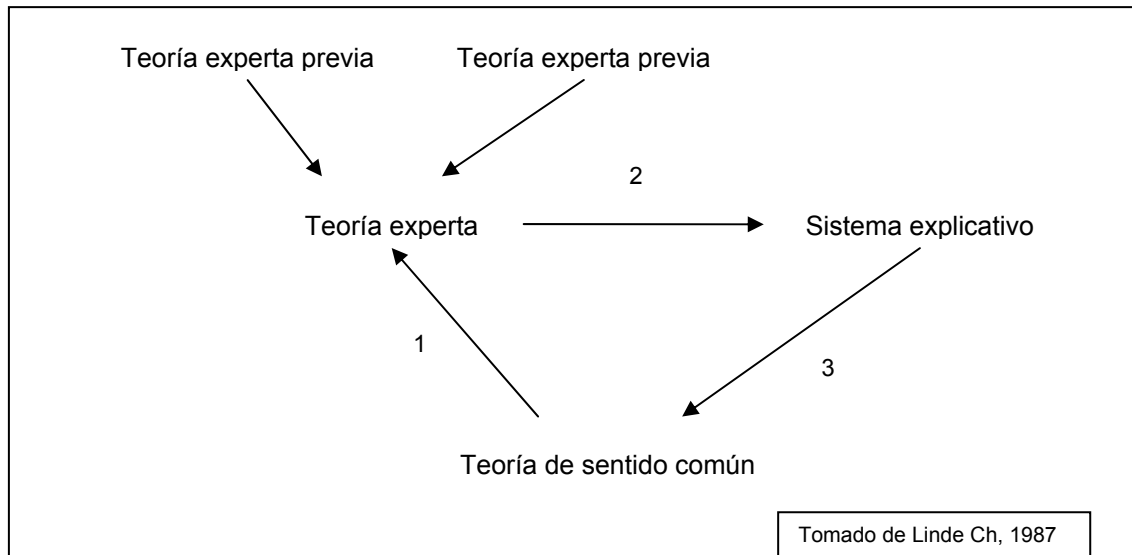
4.- Los universos simbólicos: Son cuerpos de tradición teórica, que integran zonas de significado diferentes y abarcan la totalidad del orden institucional. Los procesos simbólicos son procesos de significados que se refieren a realidades que no son las de la experiencia cotidiana. El universo simbólico se concibe como la matriz de todos los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales; toda la sociedad histórica y biográfica de un individuo se ve como hechos que ocurren dentro de ese universo. Aporta el orden para la aprehensión subjetiva de la experiencia biográfica, proporcionando identidad. Las áreas de conocimiento se ordenan así en una jerarquía de realidades que se vuelven inteligibles inmediatamente. El universo simbólico tiene una función nómica mediante la cual se pone a cada uno en su lugar; se legitiman los roles cotidianos, las prioridades y los procedimientos operativos.

La eficacia de estos procedimientos de legitimación social se observan en la continua interrelación de los dos tipos de conocimiento, en apariencia tan distantes, como son el popular y el experto. Linde analiza la relación que se da entre ellos, por medio de lo que denomina sistemas explicativos: *“un sistema que reclama dar un significado para entender, evaluar e interpretar experiencias o relatos de experiencias y generalmente, como consecuencia de que es entendido, también dar, explícita o implícitamente, una guía para conductas futuras”* (Linde, 1987:351-2). Están a mitad de camino entre el sentido común y los sistemas expertos y dan respuesta a la necesidad del hombre de dar coherencia a su propia historia. Se dan cuando un sistema popular utiliza elementos de conocidas teorías expertas para explicar un fenómeno de su particular interés. Las condiciones para que esa relación resulte satisfactoria son que: 1. La versión popular utiliza un número reducido de conceptos presentes en el sistema experto; 2. el sistema popular adopta estos conceptos aislados pero no el sistema completo; 3. los conceptos que se han incluido de los sistemas expertos no contradicen otros procedentes de teorías populares. Se explica así el tránsito de conocimientos que se da continuamente entre la teoría de sentido común y la teoría experta:

1º) *Movimiento desde el sentido común hasta la teoría*: El nuevo modelo experto surge dentro de un contexto de ideas dominantes, procedentes del sentido común y de preexistentes sistemas expertos.

2º) *Movimiento desde el sistema experto al sistema explicativo*: En este proceso las ideas de los expertos se sitúan en el interior de una cultura. Pero solo lo hace un subconjunto limitado de ideas. Parece probable que el sentido común de la época afecte a la selección de modo que las más radicales y sorprendentes partes de la teoría no son elegidas.

3º) *Movimiento desde los sistemas explicativos al sentido común*: Cuando un sistema explicativo dado se hace más conocido y más ampliamente compartido, comienza a moverse hacia el sentido común y eventualmente a formar parte de él.



El conocimiento social así constituido tiene tal potencia que los que lo comparten rellenan información perdida, esa que no se precisa al hablar de un fenómeno o al actuar, y esto permite la argumentación relativamente extensa que llega a conclusiones con una razonable economía. Estructuramos el conocimiento de la vida cotidiana en términos de relevancia, según los intereses pragmáticos y la situación general que vivo dentro de la sociedad. Esas 'estructuras de relevancia' (Berger y Luckmann 2003: 62-63) se entrecruzan con las de los otros y así tenemos una previsión de lo que podemos esperar de ellos. El cúmulo social de conocimientos nos ofrece hechas a medida las estructuras básicas de relevancia que conciernen a la vida cotidiana, pudiendo tener previsión de lo que puede ser interesante o no; o del ámbito de competencias de otro. Así los seres humanos tenemos expectativas de las cosas incluso antes de vivirlas -comer en un restaurante, el matrimonio, la profesión de enfermería, etc.-, porque disponemos de ese conocimiento que nos permite hacernos una representación de lo que es la realidad con la que nos relacionamos. Por 'representación' designaremos a los conjuntos de ideas y valores propios de una sociedad (Bonte e Izard, 1996: 636). Toda sociedad elabora varios sistemas de representaciones: del cosmos, de la totalidad social, de la magia, de la salud. En este caso nuestro interés está centrado en las ideas y valores de un grupo como es el de enfermería. Mauss y Durkheim en su artículo publicado en *L'Anne sociologique* sobre las clasificaciones primitivas dicen que: *"Toda clasificación implica un orden jerárquico del que ni el mundo*

sensible ni nuestra conciencia nos brindan el modelo” (Durkheim y Mauss, 1966:30); situando su origen en la sociedad: *“Las primeras categorías lógicas fueron categorías sociales, de igual modo que las primeras clases de cosas han sido clases de seres humanos en los que las cosas han sido integradas”* (Durkheim y Mauss, 1966:99).

La representación de algo como un conjunto interrelacionado de elementos adecuados, es lo que Roy D’Andrade (1995:150-52) define por ‘modelo cognitivo’. Para Quinn y Holland los modelos cognitivos juegan un importante papel en la comprensión del mundo y en el comportamiento en él, y son utilizados para una gran variedad de tareas cognitivas y no solo para trasladarlos a la conducta: establecer objetivos para la acción, planificar la consecución de tales objetivos, dirigir la actualización de esos objetivos, dar sentido a las acciones y desentrañar los objetivos de otros, y producir descripciones verbales que pueden jugar el papel de interpretar lo que ha ocurrido (Quinn y Holland, 1987: 4-6). Se utilizan típicamente para resolver algún problema mediante la manipulación mental de partes del modelo. Esas partes, denominadas ‘esquemas’, son constructos de objetos reconocibles, a veces obvios o no, que pretenden la organización abstracta de experiencias y sirven como un modelo simple en el sentido de ser la representación de algunos acontecimientos concretos. Estos esquemas son programas institucionalizados que sirven tanto de aparato motivador como interpretativo de la realidad. Son internalizados en la socialización de los individuos y la sistematicidad de sus prácticas permitirá identificar los elementos claves de roles profesionales; lo que constituye su valor antropológico.

Los modelos culturales son convincentes porque no dependen de lo dicho por expertos y son resistentes a la revisión de cara a aparentes contradicciones. En gran parte son tácitos, y aceptados como lo típico o natural ya que se confirma por lo que creen y hacen los demás. Por ello, a pesar de que la validación de expertos y autoridades culturales juega un papel importante en la aceptación de los modelos culturales, la explicación debe ser convincente. D’Andrade diferencia dos tipos de modelos cognitivos: a) los ‘modelos culturales’, o modelos folk, que son la representación de lo que ocurre dentro de la mente de

las personas y que es el resultado en ellos de hacer lo que hacen; y b) los ‘modelos expertos’ que son aprehendidos por instrucción, y por tanto solo son compartidos por un número reducido de personas. A los modelos culturales los dota de una gran fuerza directiva, especialmente si son obtenidos en el curso de las experiencias más ampliamente compartidas. Tanto la experiencia individual como la interrelación con los demás nos permiten adquirir un conocimiento cultural que típicamente se obtienen mediante correcciones ocasionales y advertencias intermitentes, a través de conversaciones, más que con explícitas y detalladas instrucciones. Y es de esa manera como se obtienen los conocimientos más profundamente arraigados que aporta el conocimiento primario del sentido común y en consecuencia las principales certezas sobre la realidad de las cosas. Están tan profundamente arraigados que no necesitamos hacer referencia explícita a una gran parte del modelo porque cualquiera conoce esas partes y puede rellenar los huecos. Son intersubjetivamente compartidos por todos los miembros de una cultura. Ambos tipos de modelos, no obstante, son parecidos en tres aspectos: 1) se usan para entender cosas; 2) las partes que el modelo junta se cree que están juntas en el mundo, y 3) son multiesquemáticos (D’Andrade 1995:168). Los modelos como idealizaciones que nos hacen comprender la experiencia cotidiana y simplificarla, se parecen más a un conjunto de procedimientos, que los miembros de una cultura saben cómo utilizar, que un conocimiento declarado que puedan describir. Esta es la principal diferencia con la ‘teoría cultural’, que consiste en un conjunto de proposiciones interrelacionadas que describen la naturaleza de un fenómeno general. Por tanto las teorías son más declaraciones de nativos mientras que los modelos son realizados por los analistas, basándose en la forma en que los nativos representan algo, cómo razonan y qué cosas dicen de ello. El conocimiento con el que se construye el modelo es más bien de carácter práctico sobre un procedimiento, mientras que las teorías frecuentemente se formulan sobre tópicos muy generales y abstractos (D’Andrade 1995:172-3).

Los modelos culturales son una herramienta particularmente útil en el estudio de enfermería tal como aquí se plantea. En esta tesis asumiré la clasificación de D’Andrade y que la enfermería, para resolver los problemas profesionales

cotidianos, pone en marcha ‘modelos expertos’ adquiridos en la socialización secundaria cuando se la adiestra en las normas, reglas, y procedimientos propios de los conocimientos específicos de su profesión. Y que estas prácticas profesionales y las ideas, creencias y valores en las que están fundamentados, se arraigan profundamente en aquellos procedentes de los ‘modelos culturales folk’ adquiridos en la socialización primaria y compartidos con la población general. Nacemos en un mundo donde los problemas de salud constituyen un elemento de primer orden. No en vano, en nuestra cultura occidental la medicina, junto con los estudios de teología y de leyes, fue uno de los tres disciplinas que podían alcanzar el nivel de doctorado en las universidades medievales (Mason, 1997: 118). Las relaciones del ser humano con su dios, su rey y su cuerpo, expresadas en estos estudios, son tres preocupaciones básicas del hombre de nuestra cultura. Será quizás por eso que desde que nacemos, y antes si consideramos el embarazo de nuestra madre como parte del proceso, la medicina moderna nos acapara con unas prácticas y vivencias que consiguen una inculturación poderosa hacia sus ideas y valores, que ejercen no solo una impronta conceptual sino emocional.

La biomedicina constituye un sistema explicativo global del hombre y de sus relaciones con el entorno, de donde deriva la ‘enfermedad’ que es considerada, y también reificada, como un conjunto de síntomas y signos que definen una función alterada y que están relacionados entre sí por medio de algún rasgo anatómico, fisiológico o bioquímico peculiar, y que se relaciona con una causa precisa que explica todo el trastorno subsiguiente (Fauci, 1998:4). No pocos autores han analizado este sistema explicativo como parte del control social que ésta profesión ejerce sobre los individuos. La medicina occidental o biomedicina constituye un sistema de control social que permite adecuar prácticas a un sistema ideológico dominante. Kleinman (1980) indica como características principales del modelo biomédico su orientación teórica en la enfermedad y no en el padecimiento, sobre la que reclama el dominio profesional, lo que es sancionado por los gobiernos. A estas características se añaden las aportaciones de otros autores: La enfermedad definida como desviación de la norma biológica (unidimensionalidad), la doctrina de la existencia de una etiología específica de la enfermedad (unicausalidad), la

universalidad de las enfermedades y la idea de neutralidad teórica y de las prácticas biomédicas, la dicotomía cuerpo/mente, autonomía de la biología de la conciencia humana, atomismo anatómico, individualismo epistemológico, mecanicismo, etc. (Martínez Hernández, 1996: 369-81). En este modelo controlaron el embarazo de nuestra madre, el parto y nos cuidaron desde recién nacido, estando sometidos a un exhaustivo control médico similar al de una enfermedad aguda, con su tratamiento y seguimiento.

No puede extrañarnos que las representaciones de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad estén fuertemente arraigadas en nosotros, que nacemos controlados por este sistema ideológico y del que aprehendemos sus conceptos y valores y con ellos comprendemos el mundo en el que vivimos. Es previsible que el 'modelo cultural' con el que nuestra sociedad representa la salud y la enfermedad esté fuertemente influenciado por las ideas, creencias y valores de la biomedicina. En consecuencia las candidatas a ser enfermeras salen de esa cultura y han sido socializadas en ese modelo cultural folk. Podemos esperar que el 'modelo experto' estará igualmente muy influido por aquel. Para proponer unos paradigmas interpretativos alternativos, que pongan en tensión el modelo biomédico, han de estar tan fuertemente anclados en dudas razonables, y sus procedimientos de análisis y resolución de problemas avalados por una experiencia tan contundente, que la contradicción de la tendencia social general de dar por válido lo dictado por el sentido común y por tanto su modelo cultural, aporte beneficios evidentes para el receptor de los cuidados de enfermería.

Tropos

El análisis de tropos es un potente método para estudiar un grupo profesional al permitirnos comprender la visión del mundo que comparte ese colectivo experto y que influirá en la acción social que despliegue. Es particularmente relevante en casos como el de la enfermería que por su convulsa actualidad conceptual está inmersa en una fase de cambio.

Cuando resulta difícil definir ciertas realidades sociales, que debido a su ambigüedad y complejidad escapan a la comprensión mediante relaciones lógicas de conceptos concretos, se acude a la asociación con dominios cognitivos que facilitan la comprensión, por mantener cierto isomorfismo entre las partes y ser relevantes culturalmente para el colectivo que las maneja. Estas asociaciones pueden establecerse dentro del mismo dominio cognitivo, dando relaciones de contigüidad en un mismo contexto, y tendríamos la metonimia cuando se designa algo con el nombre de otra cosa, tomando la causa por el efecto o el autor por la obra, etc.; y por otro lado la sinécdoque que consiste en designar un todo por una de sus partes o viceversa⁷. Cuando la asociación se produce por semejanza entre dos dominios cognitivos distintos hablamos de metáfora.

Para esta tesis voy a fundamentar el análisis de los discursos que se dan en la práctica cotidiana y los solicitados en las entrevistas formales, en los estudios que sobre los tropos han realizado Fernández (2006a) y Lakoff y Johnson (1998), quienes coinciden en reconocer a éstos la capacidad de describir algo remitiéndonos a elementos proveniente de dominios cognitivos muy significativos para los individuos; significación que se basa en la construcción a expensas de las experiencias cotidianas, las más íntimas y directas de la experiencia humana. Igualmente otorgan a los tropos el valor de conformar una visión del mundo particular y que condicionará la forma de actuar. Los estudios de estos autores se centran en funciones diferentes de los tropos que a los efectos de este estudio tienen una validez equivalente.

Función cognitiva

Lakoff y Johnson consideran que la función principal de los tropos, y particularmente la metáfora, es la comprensión, y esto lo hacemos inicialmente por categorización, identificando un objeto o experiencia de la que destacamos

⁷ En esta tesis, con el objetivo de economizar terminología, utilizaré el término metonimia para referirme a estos dos tropos que establecen relaciones de contigüidad, como así lo hace la literatura consultada.

ciertas propiedades, desfocalizamos otras y ocultamos otras. El proceso de conceptualización lo hacemos mediante el ajuste a una experiencia estableciendo una correlación entre concepto y experiencia dimensión a dimensión. Así identificamos los aspectos importantes de la experiencia y la categorizamos, la entendemos y la recordamos. Los tropos cumplen este papel de elección de categorías permitiéndonos entender parcialmente lo que no se puede entender en su totalidad. Cuando superponemos la estructura multidimensional de una cosa sobre otra cosa, de un objeto sobre un sujeto, conseguimos entender esa cosa en términos de la otra. Lo relevante son los rasgos elegidos para constituir el tropo. Al utilizar la metáfora *«una discusión es una guerra»*⁸ pensamos en términos bélicos y asignamos a la discusión algunas de las propiedades más representativas de un conflicto armado (los participantes son adversarios; el objetivo es vencer; se inicia con dos posiciones enfrentadas, se plantea una estrategia, se atacan las posiciones contrarias, retiramos nuestros argumentos, defendemos nuestras posiciones; el ataque produce una defensa; etc.); no lo imaginamos como una experiencia cooperativa. La capacidad de trasladar propiedades de un contexto de la experiencia humana a otro, hace de la metáfora uno de los tropos más potentes desde el punto de vista cognitivo. Un concepto metafórico así constituido es un sistema único basado en la subcategorización, que supone establecer relaciones entre metáforas que apelan a distintas experiencias para dar una imagen global del concepto que queremos definir. La subcategorización implica: a) el mismo tipo de actividad y b) un número suficiente de características estructurales comunes. De la relación que establezcan ese grupo de metáforas podremos describir dos propiedades: *consistencia*, cuando las metáforas forman una imagen única y satisfacen completamente los objetivos de las dos con un concepto claramente delineado; y *coherencia*, cuando dos metáforas se ajustan la una a la otra creando un significado común o imagen común. Cuando hay satisfacción parcial hay coherencia (Por ejemplo *«El tiempo es un objeto que se mueve»* y *«El tiempo está parado y nos movemos a través de él»* no son metáforas consistentes pero guardan coherencia). Muchas metáforas pueden establecer *redes de implicaciones* que

⁸ Utilizaré este estilo de texto para identificar los tropos.

conectan recuerdos de nuestras experiencias y sirven de guía para experiencias futuras, al destacar ciertas características mientras suprime otras, implicar aspectos muy específicos de otros conceptos con los que lo relacionamos, dar un significado nuevo y reconducir nuevas actividades futuras, y de acuerdo con ella, sancionar acciones, justificar inferencias y ayudarnos a establecer fines.

La función cognitiva de la metonimia descansa en su capacidad referencial, aunque también proporciona comprensión. En ella, la parte del todo que escogemos determina en qué aspecto nos centramos. Cuando pedimos manos estamos pensando en que alguien nos ayude en una actividad que requiere habilidades físicas, fuerza y destreza; cuando en un hospital alguien pregunta por la cama donde está ingresada la cadera está centrando el interés por la persona enferma en la parte sobre la que recae esa dolencia. Al igual que las metáforas, las metonimias son acontecimientos sistemáticos.

Posiblemente la mayoría de los conceptos que manejamos sean de naturaleza tropológica, puesto que siempre que hemos necesitado definir algo para posteriormente comprenderlo, hemos tenido que acudir a la comparación con elementos cognitivos que no pueden ser el objeto que se define, pero que ya son conocidos y tienen valor. Así todo, resulta difícil definir ciertas realidades sociales porque debido a su ambigüedad y complejidad escapan a la comprensión mediante relaciones de conceptos concretos. También, en ocasiones queremos dotar de mayor contundencia conceptual determinados elementos de nuestra cultura que se escapan a las relaciones literales entre conceptos. O no es pertinente acudir a relaciones literales basadas en elementos de la práctica, porque no estamos seguros de que superaran la evaluación empírica. Acudimos entonces a símbolos que adquieren su significado por evocación. De hecho, permiten que un elemento represente a otro uniendo dos contextos culturales distintos por relaciones de semejanza (Leach, 1993: 20), y ese es el mecanismo por el que la metáfora produce significados. Los símbolos pueden representar esas realidades sobre las cuales es difícil establecer consenso. Lo hacen destacando rasgos fundamentales cuando intervienen cuestiones afectivas, y una sociedad no solo

es un sistema de interconexiones de categorías sino un flujo de emociones. El análisis simbólico está interesado en las ideas implícitas en el lenguaje y la lógica de las Humanidades, a las que corresponde el de las ambigüedades complejas, al condensar el símbolo múltiples significados y a menudo incompatibles. Pero mi interés por el símbolo está más en la línea de Sperber, para quien constituyen un dispositivo cognitivo que se utiliza cuando la actividad conceptual se enfrenta a objetos de pensamiento que escapan a sus principios de tratamiento y memorización. Las representaciones conceptuales que no han podido ser regularmente construidas y evaluadas constituyen el input del dispositivo simbólico, el cual en primer lugar focaliza la atención en la condición no cumplidas en el análisis conceptual, y en segundo lugar, explora la memoria en busca de informaciones capaces de restablecer la condición incumplida. Tras el proceso de evocación, las informaciones así halladas son sometidas al dispositivo conceptual, que reconstruye a partir de ellas y de la condición anteriormente incumplida, la nueva representación conceptual (Sperber, 1988:171-2).

Otro aspecto importante de los tropos es que la fuente principal de construcción es la experiencia personal y concretamente aquellas en las que el objeto adopta cualidades humanas que permiten comprender experiencias variadas en términos de motivaciones, características y actividades humanas. Estas experiencias personales son tanto físicas como producto de la cultura en la que se dan. Lo que tiene sentido para un individuo depende de sus experiencias pasadas, valores, sentimientos e intuiciones, y no del conocimiento racional. Por eso incluso la capacidad de atracción intuitiva de una teoría tiene que ver con el acierto con que sus tropos se ajustan a la experiencia personal (Lakoff y Johnson, 1998: 56). Puesto que la realidad social y también física se entiende en términos tropológicos, estos desempeñan un papel muy significativo en la determinación de lo que es real para nosotros. En definitiva, proyectan una visión del mundo compartida por un grupo humano. Al estudiar la enfermería se analizarán los rasgos elegidos de la experiencia personal para construir los tropos con los que definen los conceptos que manejan en su práctica cotidiana. Se comparará posteriormente si esos rasgos se ajustan más a la biomedicina,

hegemónica en el medio sanitario actual, o a los modelos teóricos alternativos propuestos desde los líderes profesionales de enfermería.

Función emotivo-afectiva

En la vida social uno de los mecanismos de significación más importantes consiste en la realización de movimientos afectivos a través del espacio cualitativo cultural. La metáfora produce ese movimiento a través del principio de asociación: estructural o textual; siendo esta última la responsable de los movimientos afectivos enalteciendo o denigrando. Los procesos que afectan a los individuos son los más sensibles a esta propiedad de la metáfora. Para Fernández la primera y principal función de la metáfora es la de proporcionar identidad a los sujetos. La enfermería es un sujeto cuyo estado actual no resulta satisfactorio, por la posición que ocupa en el espacio cualitativo de las profesiones sanitarias que coexisten en los distintos ámbitos de la atención sanitaria. Por ello, está inmersa en una situación de cambio que pretende encontrar un estatus más acorde con la responsabilidad social que se le asigna, y se le reconoce por los usuarios. Como sujeto experto que busca una posición más favorable en el espacio cualitativo de las profesiones sanitarias, la enfermería utiliza tropos que le proporcionan modelos y esquemas cognitivos con los que interpretar la realidad sanitaria en la que está profesionalmente inmersa, darle sentido, y proponer propósitos y acciones con las que resolver los problemas que se le plantean. En estos esquemas cognitivos muchos elementos son de naturaleza conceptual, pero otros, muy importantes, son afectivos, e igualmente válidos a la hora de elaborar teorías explicativas que den cuenta de su posición en el mencionado espacio cualitativo. La metáfora es el tropo que puede cumplir con este cometido. Los elementos que elegimos son, en términos de Fernández, aquellos que ocupan una posición más deseable en el espacio cualitativo de la cultura profesional, y aquí la misión de la metáfora consistiría en trasladar a los sujetos incoados a una posición óptima en el espacio cualitativo. Conocer las dimensiones de ese espacio cualitativo y los desplazamientos que los individuos hacen en él nos permitirá definir con más precisión la profesión en este momento de cambio en el que se encuentra. El análisis de los tropos es un método potente para estudiar estos

fenómenos al descansar su poder en su adecuación para mover nuestro estado de ánimo y nuestro sentido de la situación.

Función performativa

Nuestros conceptos rigen el funcionamiento cotidiano al estructurar lo que percibimos, lo que pensamos, pero también cómo actuamos y cómo nos relacionamos. Puesto que el concepto se estructura tropológicamente, también lo hace la actividad y el lenguaje; y esa acción sigue la sistemática que imponen los tropos: Cuando decimos *«una discusión es la guerra»* no solo pensamos en la discusión como una batalla, no solo hablamos en términos bélicos, sino que actuamos como tal, en términos no físicos pero con una sistemática similar. La verdad de los conceptos tropológicos no es su aspecto más importante, sino las percepciones que se derivan de ella y las inferencias y emociones que provoca. Definimos la realidad con tropos y luego actuamos: inferimos, fijamos objetivos, nos implicamos emocionalmente, adquirimos compromisos y ejecutamos planes. Quien consigue imponer sus tropos consiguen imponer su idea de verdad. Los políticos, por ejemplo, tienen poder para imponer los suyos (hablan de gripe A y ya no pensamos en cerdos contaminandos; nos fijan la inflación como enemigo de la patria y comprendemos mejor los esfuerzos colectivos para vencerla), y se observa cómo éstos hacen implicaciones destacando unos aspectos y rechazando otros, de manera que solo la replica a su afirmación supone aceptar los elementos centrales de los tropos sobre los que plantean el debate, lo que implica asumir, en cierta medida, su visión del mundo.

Por esta relación íntima entre tropos y sistemas culturales, los tropos nuevos también pueden promover cambios en la forma de entender y actuar de los individuos. Cuando los modificamos podemos cambiar culturalmente las percepciones y acciones dentro de un sistema conceptual nuevo, porque comenzamos a percibir la realidad en términos del nuevo tropo y actuamos sobre la base de esas percepciones. Analizar cómo los tropos que proponen las élites intelectuales de la enfermería, mediante la incorporación de teorías novedosas, consiguen penetrar en la práctica cotidiana cumpliendo una función

performativa, informará de la potencia de sus postulados para transformar significativamente la percepción de realidad sanitaria que tienen los profesionales, las inferencias que hacen sobre los datos obtenidos para identificar los problemas que consideran importantes, los objetivos que se marcan en su actividad profesional y las acciones que despliegan para la resolución de los problemas de su competencia. La comparación entre lo propuesto teóricamente y lo incorporado a la rutina diaria, daría cuenta de la relevancia que las enfermeras otorgan a las teorías enfermeras como sistema explicativo de la realidad sanitaria y proveedor de soluciones adecuadas para satisfacer la resolución de problemas que con el modelo biomédico no tenían una adecuada cobertura.

Hipótesis

A lo largo de la historia los grupos sociales, profesionales y científicos han cambiado para adaptarse a nuevas circunstancias. La enfermería como grupo profesional ejerce su actividad basándose en unas visiones, conceptos, valores, normas, reglas y procedimientos compartidos, y que permiten a los profesionales percibir los fenómenos relacionados con la salud, interpretar las experiencias y buscar las soluciones apropiadas a los problemas de los que la sociedad les hace responsables. Ese conocimiento experto es producto de procesos cognitivos basados en operaciones lógicas entre conceptos provenientes de teorías conceptuales específicas, pero también, y en primer lugar, de los esquemas cognitivos de la sociedad a la que presta servicios, y que como todo conocimiento cultural está ampliamente compartido entre miembros del grupo social al que se pertenece. Este conocimiento es sorprendentemente resistente al cambio, aplicable a diferentes contextos de sus vidas, fuente de motivación de sus acciones y extraordinariamente estables en generaciones sucesivas (Strauss y Quinn, 1997: 3). Por ello no debería de sorprender que la dificultad de la incorporación de las nuevas propuestas estribe principalmente en que las novedades teóricas mencionadas no sean

capaces de poner en crisis el paradigma biomédico hegemónico y modificar la visión del mundo profesional que domina en la sociedad en la representación del padecimiento humano y su tratamiento.

Coincidiendo con García (1996), la construcción del conocimiento social se asienta tanto en procesos cognitivos como simbólicos al darse en el contexto de la acción social y estar esta constituida por elementos lógicos y afectivo-evocativos. El conocimiento, al igual que los intereses y valores que promueven la acción social, no permanece estático sino que se dan continuos movimientos debido a la interferencia de proyectos y rutinas personales en interacción constante con los proyectos y rutinas de otros actores sociales e instituciones. James Fernández utiliza el concepto de trayectorias para analizar este fenómeno (Fernández, 2006b). La vida personal y social es un proceso de acontecimientos sucesivos que pueden ser descritos como trayectorias en las que se produce una traslación de un origen a un destino y en cuyo recorrido se dan transformaciones constantes. De entre estas trayectorias, se pueden identificar múltiples rutinas cotidianas que parecen seguir sucesivamente los mismos pasos de manera monótona. Pero la interacción social impide la repetición mimética de acontecimientos y estos caminos no están exentos de la ambigüedad que caracteriza los fenómenos sociales. Esta ambigüedad se analiza mejor si atendemos a lo que Fernández llama momentos emergentes, o momentos contingentes de desviación en los que se dan transformaciones que ocurren por intereses propios o ajenos. La posibilidad de fijar el rumbo de la propia trayectoria, de identificarse con determinadas trayectorias sociales o influir o imponer desviaciones en aquellas trayectorias que sean más favorables a los propios intereses, lo denomina protagonismo social, o peso; y la posibilidad de realización es el momento. Tener protagonismo en la vida tiene que ver con el estado de participación en grupos que siguen esas trayectorias, y esta participación es a su vez, en parte, producto de las clasificaciones sociales. Las clasificaciones sociales son algo dinámico, cuyo contenido y trayectoria está en constante negociación por juego asociativo. En la vida social las trayectorias de los individuos particulares y de determinadas estructuras sociales están en constante interacción y negociación. Las predicciones trópicas o simbólicas no solo actúan en las clasificaciones

nutriendo el sentido de la realidad de clase dotando de peso y momento, sino que actúan poniendo en duda o cambiando la trayectoria dentro de la clase. Por eso es tan importante entender el papel que juegan los símbolos y tropos emergentes para reforzar o desviar estas trayectorias. En consecuencia en el análisis de la dinámica de las trayectorias debe entrar la perspectiva cognitiva y la simbólica. La primera para conocer las clasificaciones dentro de las que las trayectorias se forman y expresan. La segunda para comprender las asociaciones en juego que dan peso y momento a las clasificaciones. Las dos juntas contribuirán al entendimiento profundo de la dinámica de clases en movimiento.

La enfermería es un grupo social en interacción con otros grupos e instituciones, entre los que se negocian las finalidades e intereses particulares y corporativos, las acciones a ejecutar, y las interpretaciones y valores de un universo profesional cambiante. Pero además la enfermería es un grupo profesional en el que no hay un correlato unitario de su historia y de su futuro. Coexisten, básicamente, dos argumentaciones distintas sobre la trayectoria de la profesión, tanto en su perspectiva histórica como cotidiana. Es decir, dos cosmovisiones de lo que debe ser la profesión enfermera basada en un conocimiento disciplinar concreto, y la consecuencia que ello tendrá sobre unas acciones cotidianas que se reproducirán en la asistencia directa al paciente. La presencia de ciertos tropos, incluso la ausencia de otros, y el recurso a evocaciones simbólicas que son utilizadas en el lenguaje cotidiano, darán cuenta del protagonismo social de la enfermería para imponer sus trayectorias e influir sobre otras. Se deriva de ello la necesidad de analizar el conocimiento enfermero, tanto en sus aspectos lógicos como en la producción de conceptos que evoquen dominios provenientes de otros contextos pero que estén cargados de significado. En una profesión que sitúa sus orígenes históricos en los propios de la especie humana, la búsqueda en pleno siglo XX de una definición que identifique completa y satisfactoriamente su rol profesional, no hace más que ratificar el problema de autoidentificación. Dado que conceptos como identidad (Aliende y Azcona, 2007) o cultural (García, 2007) son muy laxos, y aplicables a múltiples realizaciones sociales, prefiero utilizar en el análisis de la enfermería conceptos como esquema o modelo cultural, que

definen con mayor precisión aquellas configuraciones cognitivas compartidas que estructuran los conocimientos y las prácticas de los individuos y que sirven para tomar decisiones en aras de resolver los problemas que les plantea la vida en común. La antropología cognitiva permite analizar estos elementos y por tanto voy a plantear mi hipótesis de acuerdo con alguno de sus planteamientos:

- 1°. La enfermería asistencial se desarrolla en un ámbito social y profesional donde el modelo biomédico impone de manera hegemónica la visión de la realidad sanitaria.
- 2°. A falta de unas lógicas explícitas que den cuenta satisfactoriamente de la contribución específica de la enfermería a la salud de los individuos, las enfermeras utilizan profusamente tropos para representar conceptos significativos y para delimitar así los contenidos de su profesión.
- 3°. El rol que desempeña el profesional influye poderosamente en la elaboración de teorías explicativas que sustentan su estructura en las dimensiones cognitivas de los tropos.
- 4°. El cuidado es el símbolo profesional por excelencia, que cumple la función cognitiva de manejar información variada y desestructurada, aportando el orden cognitivo del que carece.

Diseño metodológico

Ámbito de la investigación

Cubrir los objetivos propuestos y poner a prueba las hipótesis requiere observar las prácticas profesionales de las personas que ejercen la acción directa sobre el paciente, y ese profesional es la enfermera asistencial, que ejerce en una unidad de hospitalización o consulta de enfermería

proporcionando atención directa a las personas que requieren sus servicios. Otras enfermeras, como la supervisora, no realizan atención directa y solo entran en contacto con el paciente de forma muy esporádica y para tratar cuestiones de tipo organizativo. La supervisora, al igual que otros estamentos directivos de la enfermería, ejerce su acción sanitaria indirecta a través de la enfermera asistencial. Por tanto las representaciones del mundo sanitario que tiene la enfermería y su expresión clínica, a través de la acción sanitaria, es preciso estudiarlo principalmente en este colectivo para configurar una idea, lo más próxima posible a la realidad, de cómo las nuevas propuestas teóricas llegan a la práctica y si esa práctica responde a esa nueva visión.

Al ser un análisis comparativo de las lógicas que orientan las prácticas profesionales, en primer lugar de las diferencias existentes entre contextos de práctica profesional, el estudio se realizó en los lugares donde por excelencia ejerce su función principal la enfermería: el hospital y el centros de salud:

Hospital: Es el *“establecimiento que tienen por finalidad principal la prestación de asistencia médica, quirúrgica o médico-quirúrgica a los enfermos ingresados en los mis mos, aunque gener almente preste tam bién atención ambulatoria y urgente”* (Ruiz-Giménez, 2000: 43). Representa la tradición al ser el lugar donde la enfermedad es el centro de interés por antonomasia. En el hospital, con el fin de centrar los objetivos del estudio, se limitaron las áreas de observación a aquellas unidades donde la atención al paciente requiere una estancia previsible de varios días, circunstancias éstas que suelen precisar una atención continuada de los profesionales de enfermería. Quedaron excluidas unidades donde el paciente, por las características de su proceso patológico, está sometido a una atención totalmente centrada en un tratamiento médico intensivo (unidad de cuidados intensivos, unidades de reanimación postoperatoria, etc.). Tampoco se estudiaron unidades en las que el paciente acude para resolver un problema concreto y su atención no siempre requiere internamiento, como es el caso de las urgencias u hospitales de día, en los que se aplican tratamientos y el enfermo permanece en el centro el tiempo imprescindible para ello; ni en servicios centrales en los que son atendidos todos los pacientes del hospital (radiología, laboratorios, quirófanos, etc.).

Centro de salud: *"Es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la atención primaria de salud. [...] El centro de salud asume como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográfica y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente curativos"* (Martín Zurro, 2003: 7). Es el lugar que representa la modernidad y las esperanzas de avance hacia una enfermería más autónoma, como así lo destacaron todas las organizaciones de enfermería a raíz de la declaración de Alma Ata. En el centro de salud la enfermera asistencial fue observada tanto en la consulta de enfermería, donde *"se prestan cuidados individualizados a la población en un marco, la consulta, que posibilita el establecimiento de una relación formal y educativa del trabajo enfermero"* (Romero, 2000: 183), como en la sala de curas, donde la enfermera atiende problemas puntuales o urgentes, y la visita domiciliaria, que por las características de la atención primaria son responsabilidades de la enfermería del centro de forma integral; es decir todas las enfermeras, con la población que le es asignada, realizan todas las tareas.

El trabajo de campo se limitó a Madrid capital, realizándolo en un hospital universitario de la red pública, de más de mil camas y con todas las especialidades médico-quirúrgicas, y dos centros de salud, uno en el centro de Madrid y otro en la periferia, que pertenecen al mismo área sanitaria que el hospital. La razón de esta elección es que al ser centros de formación universitaria desde hace décadas, se les supone una avanzada incorporación de las principales novedades teóricas que estén candentes en el panorama enfermero y unos elevados niveles de cualificación profesional. De hecho en el hospital la dirección impulsa desde 1992 un programa informático, el Gacela, que basado en el PAE, e inspirado en el modelo teórico de Virginia Henderson, gestiona toda la información de enfermería relativa al paciente y pretende servir de guía metodológica que organice la práctica asistencial. En los centros de salud se comenzó a utilizar un registro informatizado en 1998, conocido como OMI-AP, y destinado a registrar toda información sobre el paciente.

Los objetivos fijados condujeron a un estudio diacrónico en el que se obtuvieron datos en el periodo comprendido entre febrero de 2006 hasta mayo de 2008, con una distribución por unidades que se explicitará en el apartado de muestreo.

Muestreo

El acceso a la población de estudio se realizó a través de porteros, que son aquellas personas clave para introducirte en el lugar que se va a estudiar, por disponer de autoridad para garantizar o rechazar el acceso (Hammersley y Atkinson, 2001:80-81). En el hospital ese papel lo realizó Cristina⁹, la subdirectora encargada de la formación continuada y máxima responsable de la implantación del programa Gacela. Ella me informó de los objetivos de la dirección respecto al modelo teórico que se propugna y a la implantación de la metodología enfermera para la práctica asistencial.

Dadas las características del estudio y las técnicas de investigación que se utilizarán en consecuencia, la selección de los actores se hizo por muestreo teórico, ya que de lo que se trata es de seleccionar *“un cierto núm ero de acontecimientos significativos represent ativos del fenóm eno que se estudiará”* (Mucchielli, 1996: 218-219). Con la intención de seleccionar las unidades asistenciales en las que las enfermeras presten cuidados generales característicos de la profesión, y evitando aquellas unidades donde la atención tenga características de alta especialización, se solicitó a Cristina que me facilitara el acceso a las unidades que ella consideraba que cumplían estas condiciones en su máxima expresión. Asumiendo que podría haber un sesgo en la selección hacia la excelencia profesional, al menos en lo referente a la adscripción de los profesionales a los postulados teóricos de la dirección y también en cuanto a que los indicadores de calidad asistencial estuvieran en niveles óptimos, ese sesgo me interesaba asumirlo como una desviación hacia prácticas donde se pudiera maximizar el análisis de la incorporación de las novedades teóricas a la actividad profesional. Considero que esta técnica

⁹ Los informantes aparecen en la tesis denominados con seudónimos.

permite ganar credibilidad al estudio y transferibilidad de sus conclusiones, al permitirnos observar cómo se comportan estos fenómenos en los que nuevos planteamientos teóricos propician cambios en las lógicas que utilizan grupos expertos en su práctica diaria, aun en el supuesto de que la muestra represente grupos de excelencia y no exactamente la composición de la profesión en su conjunto.

El análisis comparativo de dos realidades profesionales (hospital y centro de salud) implicaba homogeneizar lo más posible el tipo de problemáticas que maneja el grupo de expertos y estas se dan en las unidades de medicina interna y cirugía general. En la primera se realizó trabajo de campo en los periodos del 3 de febrero al 13 de junio de 2006 y del 19 de octubre al 5 de diciembre de 2006, con una interrupción en periodo vacacional, donde la dinámica de la planta varía e incluso el personal no es el habitual del resto del año. Posteriormente en cirugía general que se prolongó desde el 31 de enero al 19 de junio de 2007.

Para facilitar el acceso a los centros de salud Cristina me puso en contacto con directivos del Área sanitaria con los que tuve una reunión para plantear mi propósito en esta investigación. La dirección me indicó que el territorio de actuación abarcaba dos zonas bien diferenciadas por densidad de población y nivel económico, recomendándome el trabajo de campo en un centro de cada zona: un centro de salud ubicado en un barrio del centro de Madrid (a partir de ahora El Foro) y de población con nivel socioeconómico medio-alto, y otro situado en un barrio de la periferia (a partir de ahora Extramuros) con población de nivel socioeconómico medio-bajo. En el primero realicé la estancia en el periodo que va del 26 de noviembre de 2007 al 10 de marzo de 2008, con la correspondiente interrupción en periodo de vacaciones de Navidad. En el centro de la periferia estuve del 11 de marzo al 19 de mayo de 2008.

En los dos ámbitos sanitarios se realizó la observación participante compartiendo la jornada laboral con el personal de enfermería. En el hospital solicitaba permiso a una enfermera para observar su trabajo y permanecía junto a ella durante todo el turno de mañana (de 8 de la mañana a 3 de la

tarde). El seguimiento era continuo en la atención directa a los pacientes; participación en reuniones de trabajo, como cuando se daban el parte al iniciar y finalizar el turno laboral; en los periodos de descanso, e incluso en gestiones que habitualmente realizaban con los médicos. En el centro de salud, tras solicitar permiso a las enfermeras, permanecía con ellas en todas las actividades que realizaban: extracciones de sangre a primera hora de la mañana; consulta de enfermería, en la que se atendía individualmente a los pacientes y donde yo era presentado como un enfermero que estaba realizando un estudio sobre la profesión, esto permitió que los pacientes me aceptaran como un profesional y en ningún caso me pusieron problemas para permanecer en la consulta, y por último en la visita a domicilio. La comparación requería entrevistas en profundidad a enfermeras de gestión, empezando por las supervisoras de las unidades y continuando con el equipo de dirección, tanto del hospital como de Área de atención primaria.

La recogida de datos se completó con entrevistas formales a pacientes, dado que era imprescindible conocer la forma en la que los receptores de los cuidados de enfermería ven a estos profesionales. En un intento por incluir la visión que tienen de las enfermeras todos los agentes que interfieren con ellas en la actividad cotidiana, se realizaron varias entrevistas formales con médicos y auxiliares de enfermería, pero la información obtenida no aportaba mucho a la que proporcionaban en conversaciones informales diariamente y se optó por no continuar estas entrevistas.

El número de individuos a seleccionar fue fijado por un criterio de saturación de la información, que se irá detectando conforme avance el trabajo de campo.

Técnicas de investigación

La técnica de estudio fue el trabajo de campo a través de la observación participante de aquellas enfermeras asistenciales que estuvieron dispuestas a ser observadas en su práctica cotidiana. La modalidad de observación que elegí fue la adopción del rol de observador como participante, según la tipología de Junker (1960) (citado por Hammersley y Atkinson, 2001:1221-127),

en la que el investigador se sitúa en el campo revelando claramente su condición de investigador, implicándose en la acción pero no tomando parte activa como actor con capacidad técnica. Es un rol que permite compaginar la objetividad del observador con la suficiente empatía como para obtener información confidencial, pero a su vez incurriendo mínimamente en riesgos morales y éticos; además de ser un imperativo laboral, ya que no le es posible proporcionar asistencia técnica a nadie que no esté contratado por la institución sanitaria correspondiente. Mediante esta técnica se observó la práctica habitual de la enfermera, sus rutinas, normas implícitas y explícitas, relaciones con el paciente, con los familiares, con otros profesionales, con los gestores; cómo organiza su trabajo diario, a qué da prioridad, qué le parece importante conocer del paciente, qué cuestiones atiende antes en éste, etc.

La forma de ver la realidad profesional con el conjunto de ideas, conceptos, creencias y valores que maneja la enfermera se plasma de forma contundente en informes que las profesionales emiten diariamente. Esta información se analizará específicamente ya que representa la forma en la que la enfermera entiende la situación del paciente, sus causas, la relación con el mismo, así como las prioridades que se fijan en la acción cotidiana. En el hospital las enfermeras se transmiten esta información oralmente en el cambio de turno, pero también queda reflejada en la historia clínica informatizada. La historia informatizada en atención primaria es profusamente utilizada por la enfermera para registrar información y obtener una guía de actuación, ya que incluye el protocolo de seguimiento de los pacientes más frecuentemente atendidos en ese ámbito.

Al tiempo que se observa la práctica profesional se está recibiendo información del discurso de la enfermera en el que dice de lo que hace y lo que piensa de lo que hace. Y esa relación de lo que se dice con lo que se hace y el contexto de la acción, es lo que proporciona más riqueza al análisis. Los discursos no se pueden entender si no están inmersos en las prácticas que les dan sentido. Son textos en un contexto; textos en acción. Asimismo tienen dos vertientes: una expresiva y otra cognitiva. Es tanto la emisión de un mensaje a través de la palabra o del texto escrito, como una actividad racional en la que se manejan

ideas y conceptos; y todo ello se produce en un entorno social porque a él responden y a él devuelven sus conclusiones. Por ello, en su análisis habrá que atender tanto al discurso explícito, que es manifestado como palabra, y al implícito, el razonamiento que la precede (García, 2000: 81). Los objetivos de esta tesis están íntimamente relacionados con el análisis del discurso y este solo puede ser realizado satisfactoriamente si se efectúa en acción, cuando la enfermera cuida; porque es el contexto clínico el que da un sentido completo a lo que se dice de la práctica, a las razones con las que se explica y justifica la actividad profesional. La entrevista, tanto esporádica como programada, tiene por objeto este análisis del material discursivo, y la identificación de las representaciones cognitivas de la enfermería. Por tanto es indispensable combinar la observación directa del trabajo de campo con la entrevista como técnica adicional para conocer lo no observado, cuyos datos deben ser analizados de manera distinta. La entrevista incita a los sujetos a producir un artefacto verbal, incluso la no dirigida, ya que no hay preguntas neutrales. La entrevista, pues, no puede diseñarse en forma de preguntas cerradas como en una encuesta de opinión, sino, por el contrario, establecer temas posibles de conversación sobre los que la persona entrevistada vaya configurando su discurso, estableciendo sus propias categorías y las clasificaciones que de ellas hace. Se debe asimismo discernir entre lo que se dice y lo que se hace y ver la relación entre ambos. En la investigación que aquí se propone tiene en la entrevista una técnica esencial de obtención de datos, porque con ella se podrán delinear cuestiones que no son observables, como son las abstracciones que hace la enfermera de los fenómenos que observa. Las lógicas que la enfermera aplica a la resolución de problemas clínicos, la conceptualización y clasificación de estos problemas, las ideas y valores que manejan en su práctica profesional, y cómo todo ello configura modelos compartidos de comportamiento y de visión de su mundo profesional, será analizado a partir del material discursivo puesto en contexto mediante la observación de su actividad cotidiana.

Durante el trabajo de campo he realizado un total de 92 entrevistas formales. En el hospital se efectuaron 67 y de estas, en la unidad de medicina interna entrevisté a 12 enfermeras y 18 pacientes. Además entrevisté a 5 enfermeras

de una unidad independiente, como es hospitalización a domicilio, pero que me pareció interesante dado que es una atención intermedia entre la hospitalaria y la que se presta en primaria. En la unidad de cirugía entrevisté a 12 enfermeras y 13 pacientes. Para finalizar mantuve charlas formales con 7 directivos (supervisoras de área -coloquialmente adjuntas- y subdirectoras). En atención primaria las entrevistas formales realizadas fueron 25; 13 en el centro de salud El Foro, correspondiendo 7 a enfermeras y 6 a pacientes, y en el centro de salud Extramuros fueron entrevistadas 5 enfermeras y 3 pacientes. El total de directivos fue de 4. Las citas de los pacientes irán identificadas en el texto por un seudónimo que permitirá garantizar el anonimato del informante, seguido de un código de identificación que figura en el anexo II.

Previsión de análisis

El análisis de los datos se centrará en la identificación y análisis de los tropos que las enfermeras manejan para describir, explicar y justificar su actividad experta cotidiana, y cómo esos tropos se relacionan y producen asociaciones para construir un universo profesional donde tomen una posición satisfactoria en el espacio cualitativo de las profesiones sanitarias. Tomando como centro de análisis las prácticas y los discursos de las enfermeras, se estudiará:

1º) Predicaciones literales y tropológicas, con la intención de identificar aquellos conceptos donde existen relaciones lógicas de clasificación y contraste, y otros en los que es preciso apelar a un dominio cognitivo diferente con el que se asocia, bien por la inexistencia previa del concepto o para darle fuerza emotiva.

2º) Metáforas estructurales y textuales. Las primeras estructuran un concepto en términos de otro, mientras que las segundas buscan cierta semejanza de tono afectivo, interesando especialmente al estudio de los movimientos en el espacio cualitativo de las profesiones sanitarias.

3º) Explorar la posible existencia de un sistema de metáforas que sean propios de la profesión enfermera al ser particularmente evocadoras de esquemas especialmente significativos para la enfermería.

4º) Describir las dimensiones que conforman la cultura profesional enfermera y el movimiento que los profesionales realizan en ellos según su adscripción a diferentes modelos y teorías explicativas.

Con esta técnica de análisis se busca cumplir los objetivos arriba señalados y contrastar las hipótesis que guían esta investigación.

CAPÍTULO 2. ÁMBITO DE ESTUDIO

La capacidad de atracción intuitiva de una teoría tiene que ver con el acierto con que sus metáforas se ajustan a la experiencia personal.

(Lakoff y Johnson, 1998: 56)

La enfermería está íntimamente relacionada con la imagen de un profesional atendiendo a un enfermo a pie de cama. Como ya se ha dicho, el hospital es el entorno donde nuestro imaginario colectivo sitúa con más frecuencia esta escena, aunque recientemente la enfermería ha encontrado otro ámbito de acción, que está suponiendo un revulsivo para las aspiraciones de desarrollo profesional: la atención primaria, y dentro de ella especialmente la consulta de enfermería. Por todo ello el trabajo de campo se ha tenido que desarrollar en estos dos ámbitos profesionales. No podemos entender los procesos cognitivos que están detrás de las prácticas sociales si no conocemos el lugar donde se desarrollan, los actores que concurren en la escena, las interacciones que se dan y el juego de expectativas, intereses y fines que motivan sus conductas. En el presente capítulo se describirán los lugares donde ejerce cotidianamente la enfermería y las rutinas que la caracterizan; la información que se maneja y las acciones directas que ejecutan sobre el paciente. Una descripción pormenorizada de los espacios y las rutinas que se desarrollan en esos dos contextos es imprescindible para comprender algunas claves de este grupo profesional. La distribución de los siguientes capítulos, que obedece a cuestiones claves que afectan a la enfermería (relaciones sociales, toma de decisiones y cuidado), se organizarán en función de dar una respuesta global a la profesión y solo apelaré a estos ámbitos de acción cuando las diferencias que se aprecian en las prácticas y los discursos sean relevantes para el estudio de los procesos cognitivos que promueven las prácticas expertas de las enfermeras.

El hospital

A las 7:40 de la mañana el control de enfermería de cualquier unidad del hospital es el lugar de mayor actividad. En él las enfermeras y auxiliares que se incorporan al turno de mañana se encuentran con las que concluirán su trabajo en una reunión con la que toman el relevo en el cuidado de los pacientes. En el 'cambio de turno', o dicho con el término utilizado más frecuentemente 'el parte', la enfermera saliente comunica a la entrante toda la información relevante para la atención a los pacientes durante las próximas horas. Una vez informada, la enfermera entrante se dispone a iniciar una serie de rutinas que ocuparán las siete horas siguientes de trabajo continuo.

El 'Control de enfermería', o 'Área de enfermería' como figura en un cartel que cuelga del techo, es un espacio físico formado por varios habitáculos, donde se centraliza la mayor parte de los elementos necesarios para la atención a los pacientes, y el lugar de trabajo de las enfermeras cuando no precisan estar en las habitaciones de los pacientes. Abierto al pasillo, sin puertas, generalmente una columna delimita un umbral que da acceso al control¹⁰, mientras que al otro lado un mostrador, que en su parte interna es mesa de trabajo, indica el lugar al que los usuarios pueden acercarse a solicitar la atención de las enfermeras. El control está formado por varias habitaciones: un cuarto de material clínico; una pequeña sala que las enfermeras emplean como zona de descanso; y a continuación el cuarto de medicación. El control es un espacio abierto completamente al pasillo que discurre por toda la planta del hospital. Es un lugar donde se trabaja expuesto en todo momento a la vista de quien pasa por ese lugar (pacientes, familiares, visitas, trabajadores del hospital) y donde la presencia, o ausencia, de la enfermera la hace disponible y controlable continuamente. Es un lugar más pensado para la acción que para la reflexión de quien ha de trabajar allí. Cuando prepara la medicación para administrar al paciente o el carro para ir a realizar una cura; cuando selecciona el material adecuado para una punción venosa o un sondaje; todo lo hace ante la vista de

¹⁰ En adelante utilizaré este término por ser el de uso exclusivo de los profesionales.

quien está en el pasillo. Pero también cuando registra en el ordenador lo sucedido durante la jornada laboral o cuando transmite verbalmente esta información a la compañera que va a iniciar su trabajo en el turno siguiente, también está a la vista, y en ocasiones al oído, de los usuarios que pasan por allí, y no suele ser extraño encontrar a grupos de enfermeras buscando un lugar más reservado para transmitirse información.

Contrasta el diseño de los espacios dedicados a los profesionales de enfermería con los pensados para los médicos. En mitad del pasillo se puede leer un cartel que indica que se está en el 'Área administrativa'. Aquí está el despacho de la supervisora, otro para dos secretarías y dos salas para los médicos: uno por equipo médico. Cada equipo dispone de un despacho donde hay una mesa central grande, con al menos 8 sillas, en la que suelen estar trabajando los 'residentes'¹¹; estanterías para archivar las historias de los pacientes, y un par de mesas más con ordenadores. Estos despachos comunican directamente con el pasillo, y por otra pequeña puerta interior dan a una consulta que a su vez se comunica con una sala de espera que está en el pasillo. El espacio donde trabaja el médico es una zona cerrada, donde solo se accede mediante permiso expreso de quien está dentro. Está diseñado para la quietud y tranquilidad de quien precisa de una actividad preferentemente reflexiva; donde el trabajo consiste en analizar intelectualmente los problemas del enfermo y que pueda dar cuentas de su resultado a través de su producto: el tratamiento adecuado.

En medicina interna y cirugía general hay tres áreas de enfermería A, B y C, o "controles 1, 2 y 3". Entre ellos se distribuyen los 72 pacientes en 27 habitaciones dobles y 18 individuales, que dan una distribución de 30 camas en el control 1, 28 en el 2 y 14 en el 3. En los dos primeros controles suelen trabajar dos o tres enfermeras, dado el mayor número de pacientes atendidos en esas zonas; en el tercero solo una. La asignación del lugar de trabajo lo establece la

¹¹ Médico Internos Residentes (MIR): sistema de formación especializada que dura entre 4 y 5 años, según la especialidad. Se les denomina simplemente residentes, o 'erres' seguido del año de especialidad que cursa: 'erre1', 'erre2', etc.

supervisora de la unidad por un estricto orden, dadas las importantes diferencias en la forma de trabajo. Las enfermeras permanecen fijas en el mismo control durante dos meses, rotando así por los tres durante seis meses al año. Los otros seis meses rotan por las tres áreas según las necesidades laborales de la unidad (vacaciones, días libres, guardias, etc.). Las razones que argumentan, cuando se les pregunta por el motivo de estas rotaciones, es que hay unos controles más cómodos que otros y la rotación permite que todas las enfermeras pasen por los controles buenos y malos. La deseabilidad de los controles está influenciada por los equipos médicos, especialmente en medicina interna, que por su forma de trabajar condicionan enormemente la práctica de las enfermeras. Es en esos controles por los que todas tienen que rotar:

Esta unidad es muy conflictiva porque hay un desorden organizado... Hay cinco equipos médicos y dos motivos para el desorden. Primero, los médicos se han acostumbrado a trabajar como si estuvieran en urgencias. En urgencias hay una enfermera y un auxiliar por cada paciente. Además en urgencias no hay cuidados básicos... Aquí no es lo mismo; aquí hay unas necesidades básicas que cubrir todo el día... Como no hay manera de que las enfermeras me hagan caso y cuando los médicos pidan una analítica de urgencias la dejen para cuando se pueda... El cuando pueda es que una enfermera debería de revisar el plan de cuidados de cada paciente, todos los días debería confirmar todo lo que hacen. Esto lleva su tiempo, tiempo que no dedican a eso porque los médicos no les dejan..., entre comillas. [Catherine, SM-55]

En este control pasan muy tarde y lían el final de la mañana, porque Santander pasa consulta todos los días y tiene a sus residentes muy poco sueltos; incluso la Dra. Tormes, que es adjunta, si el doctor dice algo se hace. En el control 2 es que hay un 'erre mayor' que controla mucho y en el 3 también, y pasan antes. [Marisa, EM-33]

El expresivo oxímoron de Catherine marca un foco de atención, que surgirá en varios capítulos y que indica la preeminencia de la actividad médica frente al trabajo enfermero, y que muy pocas enfermeras saben, pueden o quieren limitar.

Inicio de la tarea diaria: el parte

Como he indicado más arriba el 'parte', o 'cambio de turno', es un tiempo que reservan los dos turnos de trabajo para intercambiar información esencial para la continuidad de los cuidados del paciente; el momento de principal transmisión de información del día. Todas las enfermeras suelen llegar unos minutos antes para realizarlo con mayor tranquilidad. Por eso se observa que durante diez minutos las dos profesionales conservan una gran concentración y buscan un lugar, y emplean un tono de voz, que preserve cierta intimidad para transmitirse la información más completa y esencial sobre la evolución del paciente y las atenciones de que ha de ser objeto en las próximas horas. La información que se proporciona suele estar muy estructurada y generalmente consta de unos apartados comunes, que pueden ser ampliados o reducidos en función del conocimiento previo sobre el paciente del que dispone la enfermera receptora: 1º diagnóstico médico, 2º situación al ingresar (si es que la enfermera que recibe el parte no conoce al paciente), 3º dispositivos que porta (catéteres intravenosos, sondas, drenajes, etc.), 4º situación clínica actual, 5º actividades pendientes, 6º tipo de paciente y familiares. Le pido a Mónica que me cuente a mí el parte, como si yo me fuera a hacer cargo de un paciente:

Primero te diría el diagnós... pues..., cuál es el motivo de su ingreso; si ha ingresado ayer o por la noche... pues... cómo vino, en que condiciones vino, si es portador de catéteres, de sondas, de... dispositivos equis...; cómo está, si está estable si está inestable, si hay cosas que están pendientes de hacer, alguna extracción o niveles de medicación que estén pendientes de sacar, si ha habido analíticas que no he podido y que te dejo pendientes, medicación que esté pasando y si tienen pruebas para esta mañana, si tiene que guardar ayunas o no y... si es un paciente colaborador, si ha habido problemas con la familiar, si está solo, si está tranquilo, si está agitado y necesita sujeción mecánica...; yo que sé... es que... tanto a nivel médico como del resto [...] Nos contamos así en general todos los pacientes, sobre todo los que están..., los que necesitan atención especial...; los que están bien y tienen una patología ya más controlada, los pasas más por alto. [Mónica, EM-35]

Esta información fundamental para poder atender a los pacientes de forma adecuada, sin olvidar nada relevante para su cuidado y evolución, es registrada en algunas unidades en un documento que denominan 'planilla', o 'parte', y que

acompañará a la enfermera durante toda la jornada laboral. Información que consideran que es imprescindible para su trabajo y que también puede ser reclamada por médicos o pacientes en un momento dado:

Es más cómodo porque si preguntan algo lo ves rápidamente [Mari Mar, EC-27].

Después se ideó esa chuleta para tener lo principal registrado, porque cuando los médicos se llevan la unidosis te quedas sin nada [...] Si un médico te pregunta por la deposición de ayer tienes que mirarlo en el ordenador [Felisa, EM-49].

Este documento al final del turno se destruye y la información se introducirá en la aplicación informática, que se describirá más adelante. Incluye (anexo III), a la izquierda de la hoja el nº de cama, el nombre de pila del paciente y su diagnóstico médico; en el centro de la hoja se van anotando las constantes vitales; a la derecha hay un apartado donde se indican las pruebas que estén pendientes (analíticas, radiografías, ecografías, endoscopias, etc.):

La hoja con el nombre de paciente, nº de cama, observaciones sobre lo que hay que vigilar y las tareas más importantes, y lo importante subrayado [...] sobre todo los BM-test y las pruebas y ayunas...; en rojo, es muy importante, debe estar registrado y controlado a primera hora de la mañana [Marina, EM-44].

Yo me escribo el nombre, el diagnóstico, la dieta..., si tiene drenajes, colostomía..., a la cirugía a la que pertenece, la medicación..., las curas con que... [Esther, EC-28]

Las auxiliares de enfermería también tienen una planilla en la que anotan la información que ellas van a manejar (anexo IV). Incluye el nº de cama, el nombre de pila del paciente, la dieta y problemas que pueda presentar el paciente en esta área (dificultades para tragar, alergias o intolerancias a algunos alimentos, vigilancia especial con la posición al comer, etc.), balance de ingesta y eliminación, observaciones y temperatura (porque esta constante vital es frecuente que la registren las auxiliares). Esta información es muy indicativa de la actividad cotidiana de estas profesionales y de sus áreas de responsabilidad, y nos permitirá analizar los límites que conforman el área de acción profesional de la enfermería. Encontramos aquí elementos que irán

apareciendo en el discurso enfermero como componentes esenciales de su práctica profesional y que en la rutina cotidiana están asignados a las auxiliares.

Actividades cotidianas

Al entrar en un control de enfermería, un adelanto de la actividad que allí se desarrolla lo ofrecen los carteles que tapizan paredes, columnas y armarios (anexo V). Teléfonos de contacto con otras unidades de hospitalización o diagnóstico y con los equipos médicos, procedimientos técnicos de carácter diagnóstico o terapéutico y la prevención de contagio de gérmenes por manipulación de productos biológicos contaminados, expresan bien a las claras los grupos de actividad en las que se centran las prioridades de la enfermería y de la institución: asegurar que determinadas técnicas diagnósticas y terapéuticas sean ejecutadas con precisión, eficacia y seguridad; para lo cual ponen a disposición de la enfermería gran cantidad de información y contacto rápido con quien pueda asesorar ante una duda. Esta primacía de lo técnico lo corrobora la actividad febril que se inicia una vez concluye el parte, y que se centra en recabar información directa del paciente y un conjunto de técnicas (constantes vitales, glucemia capilar -BM-test¹²- y repartir la medicación oral) que han de estar realizadas antes de las nueve, hora en la que llegan los desayunos:

Lo primero que hago es coger los termómetros, porque por la mañana las enfermeras ponen los termómetros [...] Voy dando la medicación y tomando las constantes y retirando los termómetros. [Dani, EM-22]

Si voy bien de tiempo... lo lógico es... hacer todas las tensiones..., hacer todas las insulinas, BM-test y demás... y luego ya ponerte con las curas. [M^a del Mar, EC-27]

Las enfermeras en el cuarto de medicación preparan los 'sobres' con los medicamentos orales, cogen los termómetros y el aparato para tomar la tensión

¹² Nombre comercial de tiras reactivas que miden la glucosa en sangre capilar (por punción en el pulpejo de un dedo de la mano). Este término se emplea junto a glucosa o glucemia.

y comienzan a visitar a los enfermos en su habitación. A esto último se le denomina 'hacer la ronda':

Después [del parte] paso por las habitaciones y hago una vista general a los enfermos [...] Le pregunto qué tal está..., cómo ha dormido..., si ha vomitado, si le sienta bien la comida [...] Veo el estado de los sueros... en general si faltan..., drenajes..., cómo está la tripa, si el enfermo se ha mareado. Y luego tomo las constantes y le doy la medicación del desayuno.
[Beatriz, EC-42]

El primer contacto con el paciente es para interesarse por el descanso nocturno del paciente y su estado general. La ronda presenta cierta sistemática que varía ligeramente en función de la unidad de la que se trate, y así la prioridad en medicina interna está centrada en informar de la realización de alguna prueba para la que tenga que estar preparado el paciente de alguna manera especial (ayunas, enemas, medicación, etc.); observar su estado general en busca de alguna dificultad respiratoria, o deterioro de la conciencia; valorar la presencia de un dolor imprevisto. A continuación dirigen su atención a los dispositivos conectados al paciente (sueros, sondas, etc.); comprueban que funcionan correctamente así como la cantidad y aspecto del líquido que contienen las bolsas. En cirugía general, amén de las consideraciones generales antes reseñadas, es imperativo reconocer el estado de los apósitos que cubren la herida quirúrgica, así como las zonas de inserción de los tubos de drenaje, la permeabilidad de dichos dispositivos y los depósitos donde se recoge el líquido drenado, atendiendo al aspecto y cantidad. Revisan la superficie de la cama en busca de alguna mancha que indique pérdida de líquidos, sangrado, etc. Les toman las constantes vitales, y dejan los sobres de medicación oral en la mesilla del paciente, y si está prescrito se le hace un BM-test. La medicación oral y los BM-test se repiten sistemáticamente antes de todas las comidas del día. Después continúan poniendo la medicación intravenosa y tomando algunas constantes vitales de pacientes que han quedado pendientes.

Cuando terminan con todos estos procedimientos, se van al control a preparar el carro con todo lo necesario para realizar las curas que tienen programadas durante la mañana. Aquí también se observan ciertas diferencias entre

medicina interna y cirugía general. En el primer caso un apartado importante es el de la vigilancia de las 'vías' (es decir, de los catéteres intravenosos que tienen los paciente implantados en una o más venas) y el cambio de los apósitos que las cubren. Ello es coherente con la importancia que en esta especialidad médica tienen los tratamientos farmacológicos por vía intravenosa. En cambio en cirugía la magnitud de las curas de heridas quirúrgicas y drenajes destaca por encima de otra actividad, centrándose en ellas una gran parte de la jornada laboral de las enfermeras:

Si puedes ir curando a alguien que no desayuna [...], pues eso que te vas quitando. [Esther, EC-28]

Las curas pueden requerir la coordinación con las auxiliares de enfermería, quienes han empezado desde primera hora el arreglo de las camas, el baño y cambio de ropa de los pacientes que no pueden realizarlo ellos mismos. Cuando un paciente con movilidad reducida, además del arreglo personal tiene una cura que realizar, las enfermeras y auxiliares suelen actuar conjuntamente. Es esta coordinación una fuente de no pocos roces entre ambos estamentos profesionales; las auxiliares se quejan de la escasa ayuda que obtienen de algunas enfermeras:

Eso depende de la enfermera. Con algunas al llegar cojo el parte de mi compañera y después me reúno con la enfermera y nos contamos: "Mira este paciente tiene rojez en la espalda; he pensado echarle pasta, ¿Qué te parece?". Y cuando vamos al baño sobre todo de pacientes que tienen muchos sueros, deberían de venir con nosotras para comprobar que todo está bien y funciona. Pero no suelen venir. Algunas te dicen que ellas no tienen que hacer camas. [Maca, AM-38]

Y las enfermeras, que generalmente sostienen el trabajo en equipo como un valor profesional, justifican con imperativos clínicos o razones laborales que no siempre se puedan cumplir sus deseos:

También antes del desayuno procuro hablar con la auxiliar y coordinarnos un poco por donde empiezan ellas..., quién hay que hacer juntas... [Emma, EC-32]

Si se puede me gusta ir con la auxiliar, porque ya lo haces todo de un tirón y ves cómo se mueve el paciente..., si tiene alguna úlcera... [Nuria, EC-24]

A mí me gusta hacer camas, aunque hay gente que cree que no es un trabajo de enfermería. Quizás es porque asumir una tarea ya queda para ti... [Marisol, EM-39]

Otro apartado característico del trabajo cotidiano de medicina interna, y que destaca frente a cirugía general, son lo que denominan 'pruebas': un conjunto de exploraciones diagnósticas que se realizan en coordinación con los servicios centrales a los cuales hay que remitir al paciente o un espécimen obtenido de él. Las enfermeras de la planta han de estar vigilantes del horario de la prueba; asegurarse de que el traslado es seguro, y cubrir todas sus necesidades clínicas comprometidas, como ocurre en el caso de que requiera oxígeno o algún otro medicamento o cuidado concreto; y por último estar pendiente de toda la burocracia que exige el procedimiento. Lo imperativo de estas acciones se puede observar en la explicación de Mónica, al informarme de lo que incluye la planilla, está más de un minuto hablando de pruebas y lo importante de su exhaustivo control:

Nosotros trabajamos con una planilla en la que incluimos [...] Luego tenemos un apartado especial para cada paciente en el que ponemos pruebas especiales, que tú hayas extraído, que esté pendiente de extraer..., bueno información adicional. Entonces en esa información adicional, además de poner las pruebas que tiene ese paciente, si tiene una radiografía, una broncoscopio..., las pruebas que tenga, pues eso hay que confirmarlo [...] a lo mejor se te ha pasado algún volante y por la mañana aparece que un señor tenía una broncoscopio, que se había traspapelado..., y ya ha desayunado y la broncoscopio no se puede hacer [...] ¿Desconfiada?, no es ser desconfiada, es que somos muchos y la propia dinámica del hospital..., es muy fácil que un papel que tenía que estar en un sitio se vaya a otro..., es muy fácil. Entonces cuanta más gente esté pendiente mejor. [Mónica, EM-35]

Esto lo confirma el número de indicaciones que dejan escritas las enfermeras en los comentarios, cómo se verá más adelante.

A las 12 hay que interrumpir temporalmente las curas porque es la hora de administrar otra tanda de medicación, generalmente intravenosa. Hay que realizar esta tarea con diligencia porque a las 13 horas hay que repetir los BM-test a los pacientes que lo tengan prescrito, y ajustar la dosis de insulina que se le va a administrar antes de que lleguen las comidas. A las 14 horas:

Voy a quitar la medicación y luego me pongo al ordenador. [Nina EM-38]

Se acerca el final del turno de mañana y quedan pendientes dos acciones más. Primero 'quitar la medicación', que implica la retirada de la botella de suero donde se ha disuelto el medicamento. La segunda acción que ocupará a las enfermeras toda la hora siguiente, hasta que comiencen a llegar las compañeras del turno de tarde, es introducir en el programa informático del hospital, el Gacela, la información que se ha ido recabando durante la mañana: las constantes vitales y escribir los comentarios, que Nina expresó con un expresivo, "ponerse al ordenador", del valor instrumental que las enfermeras atribuyen a esa actividad y que me confirma una subdirectora de enfermería:

Las enfermeras lo utilizan como una acción burocrática que tienen que realizar después de hacer las cosas, pero sin relación directa con el paciente. Lo que está en el ordenador no les dice nada del paciente. Y no se dan cuenta que esa información la tienen que introducir ellas.

[Cristina, DE-44]

También se escuchará frecuentemente que el tiempo empleado en introducir información en el ordenador resta tiempo a la atención directa al paciente:

Siempre tuve claro que lo primero era el paciente y después el ordenador. [Catherine, SM-55]

Por eso surge rápidamente, durante el trabajo de campo, preguntas imprescindibles en el análisis de este grupo experto: ¿Qué es importante saber del paciente?, ¿qué información es imprescindible manejar para atender adecuadamente al paciente?, ¿para qué se utiliza la información que se obtiene del paciente?, ¿cuál es el elemento diferencial de la información que maneja la enfermera respecto de otros profesionales sanitarios? La respuesta a estas preguntas nos dará algunas claves del sistema cognitivo que maneja la enfermería en su acción profesional. Preguntas que se contestarán en capítulos posteriores pero que requieren la descripción de la información que vierten en 'los comentarios': el documento más representativo del conocimiento y las prácticas con las que los profesionales de enfermería ejercen su función.

Imposibilidad de mantener las propias rutinas

Las actividades de las enfermeras pocas veces pueden respetar un programa estable. Las acciones que habitualmente deben estar sometidas a un horario estricto son la administración de medicamentos, las comidas y lo que éstas impliquen: en ocasiones se prescribe una prueba que consiste en medir los niveles en sangre de ciertos medicamentos (por ejemplo: niveles plasmáticos de vancomicina) y ha de ser extraída sangre en un intervalo estricto tras la administración del fármaco; o es necesario medir los niveles de glucosa en sangre antes de las comidas para poder dosificar la insulina que precisa el paciente. El resto de las intenciones de las enfermeras pueden ser constantemente modificadas por requerimientos de todo tipo: familiares que solicitan la presencia de un médico para recibir información sobre un paciente y al que la enfermera ha de localizar; llamadas para colocar a un paciente en una posición más cómoda en la cama, levantarlo a la butaca o proporcionarle una cuña para que pueda defecar; reclamar un medicamento que debía de haber sido administrado; los requerimientos de un médico para hacer una prueba diagnóstica urgente, retirar un tubo torácico o un drenaje abdominal, o realizar una cura de una herida quirúrgica. Y así un largo etcétera que incluye las más variadas peticiones de pacientes y de médicos, para lo cual la enfermera suele dejar lo que está haciendo en ese momento. Esta era una de las batallas perdidas de una supervisora respecto al uso abusivo de las peticiones urgentes que prescriben algunos médicos. Es el caso de algunos residentes que a media mañana solicitan analíticas de sangre u orina por la vía urgencia, y cuyo objetivo es tener información rápida para preparar las sesiones que ha de presentar ante sus superiores, aunque por las características del paciente podrían esperar a ser tramitadas por la vía ordinaria y hacer la extracción a primera hora de la mañana. Es decir, son peticiones que se realizan en función de las necesidades de un especialista en formación que tiene que justificar su control sobre el paciente ante los médicos de plantilla, más que sobre las necesidades del paciente:

Como no hay manera de que las enfermeras me hagan caso y cuando los médicos pidan una analítica de urgencias la dejen para cuando se pueda... [Catherine, SM-55]

Esta resistencia a obedecer las indicaciones de la supervisora deja bien patente la norma del cumplimiento estricto de las órdenes médicas y las dificultades reales de contravenirla basado incluso en criterios científicamente lógicos. Esta cuestión será tratada en el capítulo 4.

Es frecuente ver también a las enfermeras, de un control a otro buscando material clínico, medicamentos o haciendo alguna gestión en administración o en el despacho de los médicos. Y tan frecuente como el verlas realizar estas excursiones es oír las quejarse de ello:

Después de recibir el parte y escribir la planilla hay que salir corriendo con el carro: Constantes, medicación, hacer los BM-test. Esto va variando en función que un paciente tenga antihipertensivos y haya que tomarle pronto la tensión para decidir si dárselo o no. Entre tanto los pacientes tienen que bajar a las pruebas y los celadores piden las historias y son interrupciones continuas. Entre tanto llegan los médicos a pedirte las incidencias, a comentarte cosas de los pacientes... [Mónica, EM-35]

Debido al peso que en medicina interna tienen las pruebas diagnósticas, los médicos internistas las solicitan, particularmente extracciones de sangre, con mucha mayor frecuencia que los cirujanos. Mientras que en cirugía general son las curas o la retirada de dispositivos implantados en quirófano, como drenajes o tubos torácicos, los que afectan a la rutina enfermera:

Cuando no me gusta... es cuando tienes la sensación de caos, de que no controlas la situación [...] Cuando te llega un médico y te dice "vamos a quitar un drenaje"; te llega otro, "hay que probar tolerancia"; te llega otro, "vamos a curar"....; y no das abasto. [Nuria, EC-24]

Estos testimonios ponen de manifiesto algo que he podido constatar durante el trabajo de campo en el hospital, y es que la actividad de las enfermeras varía en función de cosas que no puede controlar. Sus trayectorias cotidianas varían en momentos emergentes que obedecen a intereses ajenos, a expectativas y fines de otros que les fijan prioridades. La primera, y principal, son las incidencias que surgen por la evolución negativa de la enfermedad de un paciente y que exige que todo el equipo se dedique a mejorar la situación clínica del enfermo. Otro condicionante de la trayectoria de la enfermera son

las solicitudes de pacientes y familiares, que da lugar a no pocos roces y a una clasificación peculiar de estos en función del tipo de relación que establecen. Y por último las órdenes de médicos, que modifican el plan de trabajo de manera incuestionable. Estas relaciones con médicos, pacientes y sus familiares, son una parte muy importante de las representaciones cognitivas que los profesionales de enfermería elaboran sobre su profesión y que justifican el próximo capítulo, donde se tratarán en profundidad.

Los comentarios

Son una síntesis de la información relevante de cada paciente que las enfermeras han ido recabando durante toda la jornada. Es un apartado abierto, en el registro informatizado, para su redacción libre en el que se puede observar cierta estructura; muy similar a la del cambio de turno y con equivalente información. Por ello se podría afirmar que es la representación más espontánea de la forma en la que los profesionales de enfermería observan, interpretan, valoran y organizan su universo profesional: la manera de entender al enfermo, y el papel que ellos desempeñan como profesionales responsables del cuidado. Los comentarios son la expresión más fidedigna de lo que hay de importante, desde la óptica de los profesionales de enfermería, en la atención al enfermo:

Donde más información tienes es en los comentarios, porque en el pase [cambio de turno] a lo mejor se te olvidan cosas... y ahí se quedan escritas [...] Sí, en los comentarios sí que te esmeras un poquito para que quede constancia de cómo está... cuál es la situación real en ese turno [Mónica, EM-35]

En la confección del comentario los profesionales cuidan la forma de expresión, utilizando un lenguaje técnico adecuado y diciendo lo más posible del paciente, su situación y cuidados; pero también vigilan el tipo de información que se ha de ocultar y que constituye la principal diferencia con la emitida verbalmente en el cambio de turno:

Nos decimos..., ten cuidado con la familia..., es conflictiva. Yo a veces sí registro que ha habido un conflicto. Que el paciente sea poco colaborador no lo puedes poner en la historia. [Merche, EM-32]

La diferencia entre lo que escribimos y contamos es lo que no se debe escribir..., los juicios de valor..., la relación con la familia. Lo que no es relevante para la historia clínica. [Elvira, EM-27]

Parece deducirse de estas palabras que la información clínicamente relevante está toda incluida, con la que se describe al paciente y su padecimiento. Solo se diferencian, parte y comentarios, en la exclusión de información comprometida que la enfermería prefiere no dejar constancia por escrito de ella, pero que ayuda a sus compañeros a afrontar la relación con el paciente y sus familiares, al dar la versión personal de un suceso o al prevenir sobre particularidades de los pacientes que antes fueron motivo de algún roce personal. Son aspectos relacionales que condicionarán grandemente la actividad profesional, pero que forman parte más de una problemática laboral que profesional, como tendré oportunidad de analizar.

Disponer de los comentarios para esta tesis ha requerido un informe favorable del Comité de Bioética del hospital (anexo VI). Se solicitaron al Servicio de Informática del centro los comentarios elaborados por todas las enfermeras de la unidad de medicina interna (en adelante MI para este apartado), donde se realizaba el trabajo de campo, en los tres controles y en los tres turnos, y durante las semanas del 20 al 26 de febrero, del 20 al 26 de marzo y del 24 al 29 de abril de 2006. En cirugía general (en adelante CG para este apartado) se obtuvieron comentarios de las semanas del 19 al 25 de febrero, del 19 al 25 de marzo y del 23 al 29 de abril de 2007. La información proporcionada mantiene el anonimato de pacientes y profesionales mediante códigos, e incluye: la unidad (4 caracteres alfanuméricos), episodio del paciente (nº de 10 cifras), enfermera (nº de 5 cifras), fecha, hora y comentario (texto libre). El número total de pacientes en MI fue de 150, distribuidos en las tres semanas: 54 pacientes las dos primeras y 42 la semana de abril. En CG 143: 54 la semana de febrero 47 en marzo y 42 en abril. Para el análisis de los datos se ha seleccionado una muestra de un tercio de los pacientes de cada semana, elegidos al azar. De esta muestra se han contabilizado 2442 datos (palabras o frases que informan sobre un aspecto concreto de la atención al paciente) en

MI y 2038 en CG. Los comentarios se han analizado por categorización, elaborándose una clasificación de dichas categorías, contabilizando el número de veces que aparecían en los comentarios y tabulando los tantos por ciento de los totales de las tres semanas en MI (anexo VII) y en CG (anexo VIII).

Los comentarios se agruparon en dos grandes bloques: 1) información derivada de la iniciativa profesional de la enfermería; 2) información derivada de órdenes médicas directas. En ambos servicios el primer bloque de información es el más amplio: el 59,62% en MI y el 69,87% en CG. La valoración que diariamente hacen las enfermeras del paciente supone un 41,89% en MI y un 60,65% en CG, del total de datos, y son estos los que informan de la situación general del paciente y de las incidencias que han ocurrido, así como los asuntos pendientes que quedan para los siguientes turnos. Es el apartado en el que encontramos las diferencias más características entre las dos unidades: en MI se registran más las constantes vitales, estado general y movilidad, seguido de categorías como respiración, descanso y sueño y dolor; en CG la valoración de constantes vitales aumenta, de un 10,03% en MI a un 15,46%, pero aparece un apartado esencial para la unidad como son los drenajes y otros dos que en MI no están presentes: apósitos y heridas quirúrgicas. Merecen una mención aparte la información que clasifico como 'Acciones autónomas': aquellas tareas ejecutadas por la enfermera, que en la práctica cotidiana surgen de sus propias decisiones y que en sus comentarios dan cuenta simplemente de la acción. En MI suponen solo un 3,8% del total de la información: *"Retiramos sujeción cuando está acompañada"*; *"Subo cabecero"*; *"Le explico tipo de comida que debe elegir"*; *"Aspiro secreciones"*, etc. La categoría de 'Órdenes de enfermería' registra aquellas expresiones que tienen carácter performativo, indicando una acción a otros profesionales o paciente y que tendrá una consecuencia directa en términos de conducta: *"Se le dice que avise para colocar cuña"*, *"No se levante sola"*, etc. En MI solo en 6 ocasiones se contabilizó algún registro que se pueda considerar una orden directa, aun utilizando un concepto muy laxo de orden que se analizará en su momento. En CG solo he podido registrar propuestas que se puedan considerar 'Acciones autónomas' y de estas son la cura de heridas el bloque más importante. Los comentarios más

frecuentes incluyen la retirada de puntos, la decisión de dejarlos 24 horas más porque se considera poco estable la herida o la retirada de algún apósito o vendaje.

El capítulo dedicado a la información derivada de órdenes médicas directas es más amplio en MI, dando cuenta así de la importancia diferencial de los 'Tratamientos farmacológicos' en MI respecto de CG. Para destacar lo relevante de la medicación en la práctica enfermera, es necesario mencionar que la información sobre los tratamientos farmacológicos dispone de una documentación específica, que es obligatorio cumplimentar. En los comentarios solo se hace referencia a la información que se quiere acentuar o de la que se pretende indicar una incidencia. Esta información presenta un ligero sesgo hacia aquellas actividades donde la enfermería tiene cierta capacidad de decisión a la vista de circunstancias cambiantes. Es así en grupos farmacológicos como analgésicos, insulinas, oxígeno y broncodilatadores, donde las prescripciones médicas, en previsión de variaciones del dolor, los niveles de glucosa en sangre o la dificultad respiratoria, toman formas menos rígidas y los médicos ordenan algunos medicamentos, como en el caso de los analgésicos, condicionando su administración al criterio profesional de enfermería. Más rígida y protocolizada es la pauta de insulina que los médicos prescriben en función de los niveles de glucosa en sangre, y que también produce registros en los comentarios de enfermería. Esto motivará que el apartado de respuestas al tratamiento sea abultado y que la información sobre el estado general del paciente, constantes vitales y niveles de glucosa, sean algunos de los más registrados. También se observa la presencia de este elemento en los comentarios de cirugía, donde las curas son un terreno de clara presencia enfermera y donde esta profesión presenta una mayor autonomía, como veremos en capítulos posteriores.

Otro apartado muy importante en MI, más que en CG, es el dedicado a las 'Pruebas'. En cambio en CG hay más registros referentes a intervenciones quirúrgicas y a sus cuidados posteriores, como las dietas, dando cuenta así de la relevancia que tiene para la enfermería de cirugía la información sobre la

recuperación del paciente de su capacidad para digerir las comidas tras intervención quirúrgica.

Con esta breve referencia a los datos contenidos en los comentarios, quiero dejar claro lo esclarecedor de este documento en el análisis de las representaciones cognitivas de la profesión enfermera, al permitirnos identificar inequívocamente los dominios cognitivos más relevantes en el ideario colectivo de los profesionales y la clara supremacía de la información biomédica con el predominio de los datos que informan de la enfermedad, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. A conclusiones similares han llegado González Gutiérrez-Solana et al (2004), que en un estudio sobre 202.713 planes de cuidados en seis hospitales, en los que se utiliza el Gacela, observaron que las necesidades más valoradas son las fisiológicas (respiración, alimentación, eliminación, movilización, reposo-sueño y seguridad). También Gómez et al (2003), que analizaron 1331 anotaciones en 104 'Hojas de cuidados', confirman cómo son las tareas delegadas por el médico las que más anotaciones registran, y la mayoría pertenecen al ámbito de lo que debe hacer la enfermera: el 2,25% de las anotaciones pertenece a cuidados planificados y el 97,6% a pruebas diagnósticas. La constatación de que los aspectos biológicos de la salud son el centro casi exclusivo de atención de los profesionales no solo está en la literatura científica sino en la opinión de los directivos:

Las enfermeras seguimos valorando solamente aquellos datos que son médicos... la medicación y la tensión [...] ¿Tantos años para esto otra vez?... [...] Vamos a lo fácil, a lo que no nos cuesta trabajo pensar... [Concha, DH-46]

La profusión de datos que informan de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, no puede deberse solo a una actitud individual de pereza profesional a afrontar cambios y dejarse arrastrar por una cómoda rutina. Parece más bien la respuesta a circunstancias contextuales que imponen una forma de entender la realidad y de actuar en consecuencia. El médico es un condicionante claro de la acción profesional. Los profesionales de enfermería son conscientes de que los médicos se informan habitualmente de la situación del paciente en las últimas 24 horas a través de sus comentarios, solicitando a

primera hora de la mañana un documento que proporciona la aplicación informática denominado 'pase de visita'. Algunas enfermeras han indicado la importancia de dar cuenta de todo lo observado y realizado en el paciente en base a esto:

Las analíticas siempre las dejamos reflejadas, porque los médicos cuando vienen, lo primero es coger las incidencias de enfermería para ver qué han tenido durante los turnos. [Marina, EM-44]

Los médicos no entran para nada en el ordenador. Todas las mañanas les imprimimos las incidencias para meterlas en cada gráfica y que cuando llegue lo tengo aquí, y no tenga que buscar. [Paloma, EC-41]

¿Los registros?... una tontería... ¿Lo del ordenador?... Es que me parece una pérdida de tiempo... Hombre..., está bien lo de reflejar las incidencias [los comentarios]; me parece bien porque luego viene el médico y tampoco vas a estar hablándole y contándole..., y... muchas veces sí que les sirve a ellos...; eso sí. Y bueno las tensiones también. [Esther, EC-28]

Muchas veces los comentarios se escriben para los médicos en vez de para la historia clínica del paciente, porque yo creo que no sabemos escribir, [...] o sea, no tenemos la metodología de escribir comentarios. [Elvira, EM-27]

Las observaciones durante el trabajo de campo han confirmado que los médicos, principalmente residentes, suelen revisar a diario esa documentación. En cambio las enfermeras solo acuden a los comentarios cuando surge alguna duda que no se ha podido solventar durante el cambio de turno y es necesaria esa información para atender a preguntas de médicos o pacientes o confeccionar el alta de enfermería o realizar algún procedimiento del que se da cuenta en este documento. La consulta es más frecuente aun cuando una enfermera se hace cargo del paciente por primera vez y éste lleva días ingresado. ¿Modificaría la realización de los comentarios el hecho de que los médicos no los revisasen diariamente? Considero que podrían darse cambios más en la forma que en el fondo. Es decir, las enfermeras en su actividad cotidiana utilizan ese tipo de información para ejercer su profesión. En ese documento están marcadas las prioridades, los objetivos a alcanzar, los datos

que indican el curso de los acontecimientos. El fondo del contenido sería el mismo, como queda demostrado en la información del parte verbal que se comunican en el cambio de turno y que se centra en los mismos dominios cognitivos que se manejan en el escrito, y organizados de manera idéntica. En conclusión, como indicaba Elvira la información verbal que se transmiten en el parte y la escrita en los comentarios es la misma, si exceptuamos los juicios de valor sobre los pacientes y sus familiares.

Enfermería de papel

La dirección de enfermería del hospital donde realicé el trabajo de campo, hace casi 20 años que han informatizado la documentación clínica de enfermería; en el centro de salud 13. Estos documentos pretenden informar de la situación del paciente y organizar las actividades de la enfermería a través de un 'Plan de cuidados' e informar al paciente y a otros profesionales de la salud tras el alta hospitalaria mediante el 'Alta de enfermería', y todo ello desde una perspectiva teórica moderna. Para hacerlo posible la Dirección del hospital ha optado por utilizar como base teórica, que estructure la información y la consiguiente toma de decisiones, uno de los modelos teóricos más influyentes en el panorama profesional español: el denominado modelo conceptual de Virginia Henderson (sus postulados teóricos más importantes se recogen en el anexo IX). Como método de trabajo para la confección de los planes de cuidados el registro informático sigue los pasos de Proceso de Atención de Enfermería (PAE)¹³ y utiliza como lenguaje experto el propuestos por las taxonomías NANDA (diagnósticos enfermeros), NOC (criterios de resultado) y NIC (intervenciones enfermeras). Es decir, según los modernos planteamientos de la teoría enfermera, se espera que este expediente informatizado facilite la toma de decisiones utilizando un método, el PAE, que partiendo de una valoración de las catorce necesidades de Henderson, la enfermera identifique aquellas que el paciente no es independiente para cubrir porque no sabe hacerlo, porque no puede hacerlo o porque no quiere hacerlo. A esos problemas se les asignará una etiqueta diagnóstica (diagnóstico enfermero) procedente de la clasificación

¹³ Esquemático en el capítulo 1.

de la NANDA. Se elegirán los objetivos que la enfermera se plantea alcanzar, con la clasificación NOC de criterios de resultados, y establecerá un plan de cuidados mediante las intervenciones de la NIC. La observación de campo demostrará que estos pasos no se dan. Es más, el proceso que sigue el profesional de enfermería no consiste en una toma de decisiones para optar por la acción más adecuada, sino que ante acciones ejecutadas, o ya previstas, la enfermera utiliza los recursos informáticos para registrarlo siguiendo los requerimientos de la dirección.

Plan de cuidados

El Gacela permite diseñar planes de cuidados siguiendo dos procedimientos: el estándar y el individualizado. El estandarizado es el que se utiliza casi exclusivamente. Planteo la duda porque nunca se observa la realidad total, pero durante el trabajo de campo no he visto realizar ningún plan individualizado, ni me han enseñado ninguno que hubiera sido realizado de esa manera. A este respecto he de comentar que habitualmente reclamaban mi presencia para mostrarme muchas técnicas que ellas consideraban dignas de ser vistas por mí; y destaco este hecho porque nunca han reclamado mi presencia para ninguna actividad relacionada con la valoración del paciente (entrevista clínica y exploración física), ni con la realización de planes de cuidados, ni altas de enfermería, ni actividad de enseñanza a los estudiantes respecto a estas cuestiones. Siempre me he mantenido alerta para estar presente en alguna de estas actividades de valoración y diagnóstico, que el discurso teórico considera esenciales para el desarrollo de una enfermería moderna, pero que las enfermeras asistenciales no deben de considerarlo digno de mención. Sí lo han hecho con técnicas a las que ellas reclaman tanto mi atención como la de los alumnos: limpieza y cambio de una bolsa de colostomía; participación en una punción torácica; cura de una herida compleja; etc.

La ortodoxia metodológica, como quedó indicado en la introducción, exigiría que el plan se iniciase a partir de una valoración independiente de la enfermera, realizada a la luz de una teoría como la propuesta por la dirección

del hospital: el modelo de Virginia Henderson. Pero la realidad práctica es que el diagnóstico médico es el punto de arranque de todo el procedimiento:

Dependiendo del diagnóstico... El estándar te abre el diagnóstico médico... y dependiendo del diagnóstico médico tienes las posibilidades del diagnóstico de enfermería [...] luego tienes aquí los objetivos..., luego pasas a las complicaciones que tú creas que puede tener, y luego sigues con las acciones que son el plan de cuidados [...] Entonces te propone muchísimas acciones. Tú eliges algunas, dependiendo de la valoración. Tú eliminas cosas que no necesita el paciente. Luego pones horarios o cosas del tratamiento y se da a terminar [Cristina, EM-44]

Lo que se vislumbra tras las explicaciones de muchas enfermeras es que la realización de un plan de cuidados es algo muy mecánico y donde las fases sucesivas son exigencias burocráticas con escaso valor práctico:

Cuando llega un paciente a la planta le haces el ingreso [...] le valoras [...] Ya luego pasas el tratamiento y en base a eso ya haces el plan de cuidados. Está todo estandarizado... y entonces tú vas como... eligiendo casillas... y te van saliendo actividades que tienes que realizar con él..., y luego ya te va saliendo un plan de cuidados. [Nuria, EC-24]

Lo haces a ojo..., lo haces a ojo... Tú llegas y le preguntas ¿es alérgico a algún medicamento?, ¿qué medicación toma en casa?... Al abuelo si mastica o no, la dieta que come..., pero muy a grosso modo. Tú no empiezas por apartados... [Clara, EC-44]

Ese automatismo en la confección del plan se evitaría con la opción de 'plan individualizado' que tendría que realizarse en los términos arriba indicados. Pero Javier nos confirma lo extraordinario de esta fórmula de elaboración:

Cuando lo haces individualizado te sale la hoja de valoración... pero claro hacer uno de esos bien... volvemos a lo mismo... lleva un montón de tiempo [Javier, EM-43]

¿Yo le he hecho una entrevista?, para nada... Es un poco por lo que me han ido dejando escrito en el... ese (señala los comentarios que están en la pantalla del ordenador). [Clara, EC-44]

La información que se dispone del paciente, y que se transmite en el parte o en los comentarios, es la base para la valoración. A partir de esos datos y de otros

aportados por la historia elaborada por el médico, se van eligiendo y descartando acciones propuestas por el programa informático. Una vez confeccionado el plan de cuidados debería de servir de guía para la acción de todas las enfermeras:

A partir de eso ya puedes seguir una pauta para todo el mundo igual... Si no cada uno tenemos nuestro criterio. [Javier, EM-43]

Sin embargo eso no suele ocurrir así. El 'Plan de cuidados' no suele orientar la práctica profesional, lo que hace que las acciones elegidas sea un ejercicio teórico que simplemente tiene la función registral:

El principal inconveniente es el factor tiempo, y son poco ágiles... Aunque estés familiarizado con ellos requieren un tiempo que a veces es difícil de encontrar... Y que luego no los usas. O sea que eso es un registro... para completar... un registro de enfermería para que quede constancia de lo que yo hago, pero que en la práctica no lo usas. [Mónica, EM-35]

Las dimensiones ciclópeas de un documento de trabajo son motivo de ironía frecuente cuando se pregunta por su uso:

La agenda de cuidados que tenemos que hacer, según el Gacela..., suponiendo que esté bien..., clasificados por pacientes, hora y acción, según... los enfermos que tengo, 24 folios..., 24 folios..., 24 folios que no te sirven para nada: (pone voz aflautada) "comunicación con el paciente, total disponibilidad, las constantes vitales, pulso, temperatura y no se qué". O sea, queda muy bonito pero muy poco práctico. [Jorge, EC-39]

Una conversación que corrobora la escasa utilización de estos planes, es la que mantengo con Felisa [EM-49] y que indica lo obsoleta que puede ser la información que contienen, abundando en las dudas de Jorge sobre la idoneidad de la información que incluyen:

- ¿Estas revisando los planes de cuidados?
- El plan.
- ¿Quién lo hace?
- Todas; pero hoy estás con este paciente y mañana no y no te enteras, está más al corriente la enfermera que lo lleva todos los días.
- ¿Por qué lo revisas tú?
- Porque Mónica [hoy hace las funciones de supervisora] me dijo que estaban sin revisar.

- ¿Y qué revisáis?
- Si estaba con tratamiento intravenoso y ya no lo tiene, o tenía una sonda y ya no; esas cosas.

Jorge me comenta:

A mí me quedan unos planes de cuidados preciosos...; cuando tengo tiempo..., que es de noches, porque de día ni tocarlos. [Jorge, EC-39]

Estos testimonios y el uso de la ironía, también constatan que la 'revisión de los planes', o 'mantenimiento del plan' como figura en el Gacela, se vive como un imperativo burocrático que tiene poco que ver con la atención real del paciente. De hecho el no tener registradas las novedades clínicas no afecta en absoluto a su cuidado; es decir, las enfermeras continúan haciendo lo que harían tanto si queda escrito como si no. Las enfermeras prestan cuidados a los enfermos durante días y días, y cuando tienen tiempo se dedican a este cometido. En conclusión, planificar y actualizar el plan es un trámite administrativo para dejar constancia de actividades ejecutadas, pero nunca una actividad cognitiva para la toma de decisiones.

Alta de enfermería

Cuando los médicos dan el alta al paciente, para su traslado a domicilio o a otra institución, las enfermeras elaboran un informe sobre la estancia en la unidad. Incluye los principales problemas que ha padecido, desde una perspectiva enfermera, y los cuidados que le han dispensado, junto con los problemas no resueltos y de los que se ha de encargar la enfermera de atención primaria que reciba a ese paciente:

A mí me gusta darle el informe cuando tiene cuidados [...] Una dieta, que tenga cuidados de una colostomía, que tengan una herida mal..., pues necesita unas pautas. Aunque luego en el ambulatorio cada enfermera tenga su criterio..., yo le he dicho lo que hemos hecho en el hospital. [Beatriz, EC-42]

Este documento, considerado importante para mantener la comunicación entre enfermeras de distintas instituciones, suscita problemas de ejecución porque

en no pocas ocasiones la enfermera que ha de elaborarlo conoce al paciente hace tan solo unas pocas horas. Aunque alguna enfermera considera que eso se solventaría con soluciones prácticas:

Si la ficha del paciente está bien hecha luego lleva muy poquito tiempo el alta. [Marina, EM-44]

Lo que yo creo es que se debería hacer un croquis, porque ahora hay que pensar una redacción y escribirlo, y eso lleva mucho tiempo. [Amor, EM-32]

Las supervisoras suelen estar muy alerta para que todo paciente que sale de la unidad se vaya con su alta de enfermería; es un objetivo a cumplir:

Lo que importa si al paciente que se va..., le he atendido bien, le he cuidado bien, si le he curado bien, porque nadie va a ir a preguntárselo [...] Yo estoy hasta arriba de trabajo y lo que me vienen a preguntar es si he hecho el alta de enfermería, "es que me lo tienes que hacer, es que estamos fuera de la estadística". [Emma, EC-32]

A lo que dan importancia es a la cantidad, con lo cual, pues muchas veces si tengo que hacer tres altas, porque si no te regañan por que no haces altas, entonces, prrrrr... toma tres mal hechas, pero las tres. [Marta, EC-31]

Lo corrobora una supervisora de cirugía, Piedad [50], quien afirma la importancia que para la dirección de enfermería tienen los registros; un medio de control eficaz, por lo que de objetivable tiene:

- *Los objetivos van basados en distintos aspectos... Sobre todo en enfermería lo que más prima son... las altas de enfermería, los planes... lo que es el Gaceta.*
- *¿Eso es importante?*
- *Mucho, lo que más en enfermería..., mucho. Y luego están los cursos y la investigación.*

Comentarios, plan de cuidados y alta de enfermería son los registros cotidianos de los que solo los primeros son considerados útiles por las enfermeras asistenciales. Si exceptuamos los comentarios, registrar se convierte entonces en una tarea en sí misma. No es un medio para disponer de información útil con la que planificar acciones futuras, sino que el propio registro es una acción

en sí misma; una tarea más como lo es tomar constantes, administrar medicamentos o asear al paciente; una rutina más. Pero es más, es una rutina considerada poco útil, cuando no directamente inútil. Una rutina impuesta por la dirección que muchas enfermeras ven ajeno, incluso contrapuesto, a mejor atención directa al paciente. Esta rutina tiene su refrendo en la organización de las responsabilidades para con estas tareas, muy similar tanto en medicina como en cirugía: La información sobre el 'Ingreso del paciente' lo hace el turno de tarde; el 'Plan de cuidados' y la revisión periódica de los mismos lo elaboran las enfermeras del turno de noche, por ser un turno de 10 horas y periodo de descanso de los pacientes; y el 'Alta de enfermería' lo realiza el turno de mañanas, que es cuando el paciente se va del hospital. Como se observa el sistema organizativo gira alrededor de imperativos de gestión general de la unidad y no del mayor o menor conocimiento que una enfermera tenga sobre un paciente asignado. Esto está íntimamente relacionado con una idea de responsabilidad profesional de la enfermería sobre el paciente, según la cual al enfermo le cuida la enfermería y no la enfermera, el equipo y no el individuo, diluyéndose así los conocimientos y las responsabilidades en un grupo amplio y primando el colectivo por encima del individuo y alimentando la falsa idea de que grupo es sinónimo de equipo y que entre muchos se garantiza la excelencia porque más piensan mejor, sin valorar la contrapartida de que quizás entre más se puede diluir la responsabilidad mejor, limitándose a la ejecución de rutinas imprescindibles y mandatos directos del responsable del paciente: el médico.

Las enfermeras no consideran válidos estos documentos que elaboran y les atribuyen un único sentido: darles datos a la Dirección de Enfermería para su uso exclusivo. No sirve para cuidar mejor al paciente y sí para quitarles tiempo para estar con ellos. Esto hace que incluso Catherine, supervisora de medicina interna, hable de que ella prefiere *"las enfermeras de cama y no las de papel"*.

Para el cuidado diario del enfermo y para el manejo del enfermo... esa burocracia no me sirve para nada y me hace perder el tiempo. [Beatriz, EC-42]

El hospital es el ámbito de la enfermedad por excelencia. Las personas nos dirigimos a los hospitales para curar alguna dolencia que requiere técnicas que superan la capacidad individual de autoadministrarse un medicamento o realizar una dieta. Los síntomas que nos aquejan son interpretados por la medicina en términos de enfermedad. Esta interpretación ha contado con la aceptación social, hasta el punto que los propios pacientes entienden su enfermedad como el trastorno de algún órgano interno que es preciso reparar con técnicas quirúrgicas o con medicamentos. La institución hospitalaria se pone al servicio del objetivo de eliminar la dolencia del paciente y le remite a la especialidad que lleva el nombre del órgano enfermo: cardiología, nefrología, cirugía general y de digestivo, etc. La enfermería es contratada para prestar sus servicios profesionales en dichas unidades hospitalarias, y desde el primer momento su rutina está condicionada por esta finalidad absoluta. Su puesto de trabajo, el control, es un conjunto de habitáculos abiertos al pasillo donde profesionales, pacientes y familiares reclaman continuamente su atención. Todo ello contribuye a que su rutina cotidiana consista en recibir la información de la enfermera saliente y hacer que los ritmos biológicos del paciente sean respetados, así como las prescripciones diagnósticas y terapéutica de los médicos. Una rutina constantemente alterada en sus horarios por todo tipo de requerimientos de médicos y pacientes, haciendo que su progreso en el turno, en días de gran carga de trabajo, sea una carrera por lograr ejecutar las acciones precisas y evitar que la enfermera del siguiente turno cargue con las actividades pendientes. Con estos condicionantes pragmáticos es comprensible que la terminología utilizada sea eminentemente biomédica: centrada en el padecimiento biológico del paciente y sus soluciones. El lenguaje médico que utiliza la enfermería queda reflejado en el acto clínico donde mayor transmisión de información se produce, el parte, y en el documento que mejor refleja su visión del paciente, de su actividad profesional y de las expectativas de sus cuidados, los comentarios, que registra diariamente al concluir su trabajo diario. Este lenguaje refleja cuatro esquemas cognitivos: la enfermedad, las pruebas, las curas y la medicación; mezclándose en distintas proporciones según la unidad. La praxis y un lenguaje tan representativo de esta son una primera muestra de una realidad profesional

que tiene difícil acomodo con los postulados teóricos más modernos. En esta tesis abordaré cómo encajan estas novedades teóricas en la práctica actual, y el reflejo que tienen en las representaciones cognitivas de la enfermería asistencial y que influirán en la manera de relacionarse con el paciente y con otros profesionales, en la forma de tomar decisiones, en el sentido que adopta el concepto más representativo de la profesión, el cuidado, y en la forma de entender el universo profesional.

El centro de salud

El centro de salud es el otro ámbito de actuación profesional por excelencia. Y si la imagen del hospital es una enfermera al pie de la cama de un paciente, la del centro de salud es una enfermera dialogando con un paciente alrededor de una mesa y en un espacio privado. Pero es también la imagen que más se ha transformado en los últimos años, como así lo atestigua Pedro, un enfermero de 52 años que tras varios años de ejercicio, y cargos de responsabilidad, en varios hospitales de Madrid, recaló en uno de los nuevos centros de salud a finales de los años ochenta:

Cuando empezó primaria no había contenido de la consulta de enfermería ¿Cómo se dotó de contenido? Al principio como ayudante del médico [...] pero en la puerta de al lado. Todo eso fue evolucionando... Aparecieron los protocolos [...] En cada protocolo, de obesidad, de hipertensión..., había unas actividades propias de enfermería..., y se fueron haciendo poco a poco..., contando con la desconfianza de los médicos, porque eran ellos los que hacían eso. Poco a poco se fue soltando cuerda, y al final nos fuimos encargando nosotros de un tipo de patologías que se han llamado crónicas y la consulta de enfermería se ha llenado de contenido de esas patologías crónicas. [Pedro, EP-52]

La 'primaria', como designan los profesionales a este escalón sanitario¹⁴, ha supuesto en las últimas décadas el cambio radical desde una enfermería que sigue el modelo tradicional de trabajador técnico al servicio del médico, a otra que encuentra espacios de autonomía al convertirse en un agente sanitario con capacidad de influir directamente sobre la salud de la población. La 'consulta', o 'sala', es el espacio privado asignado a una enfermera, donde se producen la mayor parte de los actos clínicos que se dan entre profesional y pacientes. En los dos centros de salud en los que he realizado el trabajo de campo el diseño es muy similar. Suelen ser habitaciones de 2 por 4 metros en las que invariablemente se incluye una mesa con una silla para la enfermera y dos para el paciente y un acompañante; una camilla para exploraciones y curas; mesas auxiliares para material clínico y de oficina; una báscula con escala métrica, y un lavabo; una vitrina con libros y folletos informativos, y un armario donde se guardan los objetos personales de los profesionales. Las consultas de enfermeras y médicos son arquitectónicamente idénticas y se comunican internamente a través de una puerta. Como ocurre en el hospital, considero que los carteles que figuran en consultas y otras salas de los centros de salud, son representativos de las prioridades clínicas que fija tanto la institución como las enfermeras y de los problemas que se atienden: vacunas, problemas nutricionales y técnicas de administración de medicamentos (anexo X). Los centros de salud disponen además de varias salas para realizar curas, exploraciones complementarias (electrocardiograma, análisis de orina, espirometrías, administración de oxígeno, etc.) y extracciones de sangre.

La jornada laboral se inicia a las 8 de la mañana en la sala de extracciones, donde se 'hacen las analíticas', o 'extracciones', y también los 'sintrones'¹⁵. La muestras de sangre y orina de los pacientes han de estar preparadas y

¹⁴ La Atención Primaria de Salud es entendida como la asistencia de primer contacto que prestan a la población los médicos y otros profesionales sanitarios. Sus objetivos se centran en la salud y su promoción, en la prevención de la enfermedad, y en el cuidado continuo y global basado en el trabajo en equipo que se compone de médicos y otros profesionales, los cuales fomentan la participación comunitaria y la colaboración intersectorial. (Martín Zurro, 2003: 5-6)

¹⁵ Prueba por la que se determinan los niveles sanguíneos del anticoagulante sintróm, que se realiza por punción digital y obtención de una gota de sangre.

guardadas en neveras antes de las 10 de la mañana, cuando un coche del laboratorio que procesa las muestras (del hospital de referencia normalmente) pasa a recogerlas. Una vez concluida esta actividad cada enfermera comienza su 'consulta de enfermería' en la que atiende a un conjunto de pacientes que tiene asignados personalmente. Los pacientes eligen a un médico, el cual comparte los pacientes con una enfermera (en la actualidad esto está cambiando y en algunos casos una enfermera atiende el cupo de pacientes de dos médicos). De tal forma que una enfermera se encarga de atender a un grupo de población concreto, del cual es responsable de sus cuidados. Esto constituye otra de las grandes diferencias respecto a la atención hospitalaria, y que trataré en el próximo capítulo.

Originariamente las consultas de enfermería fueron de tres tipos según la forma de realizar la cita: A) Demanda: si el paciente le solicita directamente la consulta a la enfermera para resolver un problema de salud. Esta cita ahora se está utilizando para los casos en los que los pacientes han faltado a alguna cita previa programada. B) Concertada: paciente y enfermera acuerdan una cita para tratar un problema de salud. C) Programada: aquella concertada con un paciente incluido en un programa de salud (por ejemplo: un paciente hipertenso al que se le cita para su control periódico). En la actualidad estos dos últimos tipos se integran en la categoría de concertada, y de esta manera se citan la mayor cantidad de pacientes que ven las enfermeras para hacer el 'seguimiento de sus enfermedades crónicas':

No te lo sabría cuantificar, pero las enfermeras pueden estar, en el 90% de los casos, viendo a crónicos... y siempre los mismos... [Carolina, DC-41]

Pero la fuente principal de demanda es el médico:

Un paciente que no conoces [...] normalmente viene aquí mandado por el médico... [Marta, EP-52]

Nuestra consulta, en realidad, es el seguimiento de la consulta del médico. [Consuelo, EP-55]

Aquí todo son tensiones y seguimiento de crónicos, porque curas hay pocas [...] Derivan del médico. Pocos pacientes saben cuándo tiene que ir a la enfermera. Si tienen una herida van al médico y él ya les dice que tienen que ir a la enfermera para que les cure [...] Para el tema de la alimentación y el ejercicio y para ponerse una dieta van al médico. [Laura, EP-23]

En realidad la demanda directa de atención de enfermería es muy escasa. Se manejan verbos, ausentes en el lenguaje hospitalario, como 'captar' o 'derivar' que implican toda una estrategia sanitaria digna de estudio, porque son los elementos con los que se pretende demostrar la capacidad específica de la enfermería para resolver problemas de los pacientes de forma autónoma. Si exceptuamos los periodos de vacunaciones o algún paciente que conociendo el funcionamiento de la consulta sabe que puede acudir a la enfermera a recibir algún tipo de atención directa, como dietas o cura de heridas, los pacientes suelen dirigirse inicialmente al médico y este le remite a la enfermera para hacer el seguimiento del problema o las curas correspondientes.

El 90% de la actividad en la consulta de enfermería es el 'seguimiento' de la evolución de los pacientes con enfermedades crónicas; diabetes, hipertensión o hipercolesterolemia son las más frecuentes. La revisión varía ligeramente en función de que la categoría a vigilar sea la tensión arterial o las cifras de glucosa en sangre; pero el núcleo central del seguimiento consiste en pesar al paciente, tomarle la tensión y el pulso arterial e indagar sobre la forma de realizar la dieta (número de comidas diarias, tipo y cantidad, líquidos que bebe, etc.) y el ejercicio diario que realiza (cuantas veces al día sale de casa, cuanto camina, etc.). A veces los pacientes diabéticos solicitan 'tiras' para controlarse los niveles de glucosa:

El paciente que más atendemos es el crónico... El hipercolesterolémico, el diabético, el hipertenso... Son los que más se dan. Fundamentalmente lo que quieres es... cómo lleva la medicación y... cómo... lleva... el control... el control de la enfermedad. [...] ¿El diabético...?, pues le... controlas la tensión... le controlas el peso... le controlas la dieta... le das consejos higiénico-dietéticos, le haces educación para la salud..., le controlas los pies... para que no se le hagan heridas [...] Si está muy controladito cada 2 meses o 3, depende, y si está más descontrolado cada mes. [Begoña, EP-59]

Las relaciones personales en 'primaria' suelen acabar estrechándose mucho, y la intimidad en el trato personal constituye todo un fundamento de la labor enfermera:

¿Ves lo que es primaria? Qué tal está tu hija, cómo va tu madre... Aunque esto también es importante..., también haces una labor. [Luisa, EP-61]

Los aspectos psicológicos y sociales forman parte de las charlas que las enfermeras mantienen con los pacientes, y en el discurso aparecen como un factor diferencial de su especificidad respecto a la atención médica. Incluso para algunas enfermeras es un centro de interés muy concreto; como en el caso de Marta, que al preparar los 'domicilios' que iba a realizar conmigo me muestra unas fichas explicándome de los pacientes su patología, para rápidamente abordar sus condiciones vitales, circunstancias sociales que le rodean y estado de ánimo:

Verás que me estoy centrando en problemas psicosociales. La verdad es que es lo que más me suele preocupar: las condiciones en las que algunos viven. [Marta, EP-52]

Generalmente al acabar las consultas es cuando inician las 'vistas a domicilio' de las personas que no pueden salir de casa. Debido a la situación clínica del paciente que requiere visita suelen ser frecuentes las curas complejas y la extracción de sangre para análisis. La 'visita domiciliaria' es el otro pilar en el que se sustenta la filosofía de la atención primaria: el identificar y abordar los problemas del paciente en su ambiente, y adaptar sus conductas, o las condiciones ambientales, a sus circunstancias. Por eso no a todos les gusta el término más utilizado cuando se refieren a visitar pacientes en el domicilio: hacer 'avisos'. Los 'avisos' se realizan cuando un médico de urgencias pone un medicamento inyectable o una sonda se sale, y hay que ir a domicilio a atender esa urgencia. A Julio [EP-48] no le gusta el término aviso porque presupone una vista domiciliaria realizada por un imperativo técnico. Evoca los antiguos ambulatorios y a la enfermería sentada al borde de la mesa en la que un médico de cupo pasaba consulta 2 horas al día. En este caso la función de la enfermería era exclusivamente instrumental, haciendo las recetas que se

prescribían o ejecutando las técnicas que el médico ordenaba. De los centros de salud en los que hice trabajo de campo solo en El Foro había algún médico de cupo y la opinión de las enfermeras sobre el seguimiento que se hacía a esos pacientes era negativa, ya que solo se iba a sus domicilios por avisos. La reivindicación del papel de una enfermería moderna pasa por la 'Visita Domiciliaria Programada' que supone una planificación específica del profesional enfermero que la programa:

Suele ser atención técnica de curas. Deberíamos de hacer otro tipo de visitas, a los mayores de 70 años, ancianos de riesgo..., pues visitarles, y de hecho lo hago, para tomarles la tensión y charlar con ellos..., una visita de detección de problemas. [Pedro, EP-52]

El trato personal con el paciente próximo y continuo, son estrategias que en 'primaria' tienen como objetivo la modificación de hábitos, y ese es el principal empeño de las enfermería tanto en la consulta como en la visita domiciliaria. También en charlas colectivas:

Lo más importante en un paciente..., creo yo que son los hábitos..., hábitos: la alimentación el ejercicio... Por muchas medicinas que se tome un paciente si no modificas los hábitos no sirve de nada... Es imposible corregir una hipertensión, una diabetes, un colesterol..., cualquier cosa... [Manolo, EP-29]

Abres su historia... con lo cual ya sabes un poco hábitos tóxicos, alimentación, etc., etc., y antecedentes personales y familiares de enfermedad. Y bueno..., vas preguntando eso y estilos de vida..., vas abriendo caminos... Ya abres la historia y vas abriendo caminos [...] "y mira yo estoy aquí y vamos a hablar de estilos saludables para ti... de vida, y vamos a hablar de colesterol..., y vamos a hablar de ejercicio físico..., y vamos a ver tus vacunas [...] En pacientes que tú ya conoces, que son crónicos y que vienen a verte porque tienen la tensión alta o son obesos, pues entonces lo que tú haces es estar recordando o reforzando hábitos saludables. [Marta, EP-52]

Considerada por muchos profesionales como el terreno donde la enfermería podrá demostrar definitivamente su valor diferencial, la atención primaria no deja de estar sometida a tensiones provocadas por distintas visiones de la forma de asistir a los pacientes. Las diferencias en las prácticas diarias de los distintos centros tienen mucho que ver con cuestiones organizativas, pero no

solo. La realización o no de recetas de medicamentos ha estado desde el principio entre las disputas internas de la profesión. Visto por unos como una reminiscencia de las épocas en las que la enfermera era la 'recetera' de un médico, es visto por otros como la oportunidad de cubrir uno de los objetivos tácticos más importantes: 'captar pacientes'. En el centro El Foro las enfermeras hacen recetas a los pacientes que vienen a consulta, mientras que en Extramuros no se hacen recetas:

La famosa consulta de enfermería que iba a hacer tanto... ¿eh?... Sí, llevas a crónicos, pero fundamentalmente los oyes cuando entran aquí..., la idea que tienen ellos es que vienen a por recetas. Con el médico tienen que esperar muchísimo, nosotras estamos autorizadas... [Luisa, EP-61]

Si haces recetas vienen más. Es muy triste decirlo pero es así... En el centro de salud Viriato se hacen recetas y la forma de captarlos son las recetas... [Laura, EP-23]

En el momento que tú haces las recetas [...], ya no vas a ser una persona perdida, vas a la señorita que hace las recetas [...] Yo creo que esto hizo que a nosotros nos reconociesen..., nos reconociesen en cómo una persona que está en la consulta... que tiene posibilidad... capacidad de aconsejar para... [Amelia, EP-50]

Quizás será mucho lo que avanzó la enfermería en las últimas décadas en el camino de la profesionalización, pero las expectativas de algunas enfermeras se ven marcadas por cierto pesimismo, cierta sensación de rutina que frustra las expectativas que se han depositado en la atención primaria y que incluso corroboran algunas enfermeras de dirección:

Pero..., tú lo has visto... el peso, la tensión, el no sé qué, cuatro recetas [...] La consulta es sota caballo y rey... Hombre alguna vez un electro, porque el paciente está muy taquicárdico o bradicárdico..., un pulso muy irregular... [Luisa, EP-61]

El problema es que las enfermeras de primaria nos hemos quedado en lo más fácil... que es el crónico..., porque de alguna manera en los crónicos no tomamos decisiones o tomamos muy pocas [...] Es mucho más difícil tomar decisiones sobre ayudas a la gente a vivir la ancianidad [...] y ahí la enfermera nos... da más... rabia tomar decisiones... porque como no hay nadie que nos lo diga... [Carolina, DC-41]

El juego de los tropos en el análisis cognitivo de la enfermería

La observación de las prácticas de una institución social como la enfermería nos sitúa ante realidades que pueden explicar algunas disyuntivas planteadas en las últimas décadas. La idea central de esta tesis es que la enfermería vive un debate en el que se enfrentan dos formas de entenderla, y que descritas con trazos gruesos son: una visión adscrita a la idea de ayuda técnica al médico en el tratamiento de la enfermedad, y otra que entiende que la aportación específica del cuidado tiene un valor propio e independiente del tratamiento médico y en ese aspecto de la atención la enfermera es plenamente autónoma en sus decisiones y acciones. Estos dos polos del espacio profesional enfermero, que probablemente no representen ni siquiera a un profesional en concreto, sirven para establecer los límites del contexto de estudio, en el que iremos encontrando multitud de matices que darán una visión más poliédrica y aproximada a la manera en la que una institución social ejerce su función. Nos proporcionan un marco de referencia al analizar las tensiones que se producen en la interacción con distintos grupos sociales a los que presta servicio y con los que comparten misión social; las motivaciones que permiten promover cambios en la manera de entender la profesión y proponer modificaciones en la acción, y los elementos que facilitan o dificultan la incorporación de las novedades teóricas a las rutinas asistenciales.

El salir de un marco teórico que tradicionalmente ha explicado de forma satisfactoria los conceptos básicos que se han manejado en la praxis profesional, y adoptar nuevos principios con los que organizar ese conocimiento, genera tensiones cognitivas, y profesionales, por las dificultades que produce tener que expresar una realidad profesional con unos términos novedosos, cuando las expresiones tradicionales no solo son familiares sino que dan un sentido completo a lo que se quiere expresar. Los tropos, como

hemos visto, tienen la capacidad de resolver estas contradicciones al establecer asociaciones lícitas, para dar sentido a los conceptos, a base de relacionarlos con elementos de dominios comparables. La relevancia antropológica de los tropos, y en especial la metáfora, está en que obtienen los elementos comparativos de las experiencias directas más significativas de la profesión. Al establecer asociaciones con esos elementos de las prácticas cotidianas, lo hacen tomando algunas propiedades significativas de ellos y descartando otras. El poder de la metáfora es que en ausencia de referentes teóricos válidos la experiencia directa proporciona el material que inevitablemente delata aquel dominio al que el actor social le da mayor valor, y por ese medio identifica su cosmovisión, en la que asienta la interpretación que hace de los fenómenos de la realidad social en la que se desenvuelve, los objetivos que fija y los planes que establece. Además de la dimensión cognitiva, la metáfora proporciona una dimensión emocional que permite completar el significado del concepto por asimilación con otros dominios que están dotados de prestigio social. Es el caso de la utilización de términos que sugieren que la actividad está relacionada con la ciencia o con la ética, etc. Y esta asociación en el discurso la proporciona la metáfora, aunque las premisas que maneja no se ajusten a leyes de la lógica que exigiría la interpretación literal de los términos que emplea.

La rutina de una enfermera hospitalaria es una trayectoria que cotidianamente recorre y que tiene dos polos, un punto de origen en la recepción de la responsabilidad en el cuidado de un grupo de pacientes y un destino que es el traspaso a otro colega de esa responsabilidad. En el intermedio se pueden identificar unos elementos constantes y unos momentos en los que emergen otras trayectorias con las que interactúa y a las que dirige o son elementos directivos. Las metáforas que emplean las enfermeras para hablar de este itinerario cotidiano, y de las trayectorias con las que negocia, son expresivas de su visión profesional. Estos elementos constantes en las trayectorias cotidianas de las enfermeras están representados por una metáfora activa a nivel popular, *«las cargas»*, y que las enfermeras utilizan para referirse a ciertos esquemas

cognitivos que son inaplazables, y que de no ejecutarse en tiempo y forma <*cargan de trabajo*> a la compañera a la que se le da el turno:

En esta unidad la media es población mayor, son pacientes que requieren muchos cuidados, con unas cargas de trabajo muy altas. [Amor, EM-32]

Claro para eso con 16 pacientes que llevamos y con las cargas de trabajo de aquí [...] es que no te da tiempo a escuchar al paciente que es fundamental y básico". [Marta, EC-31]

Pero en el discurso espontáneo las enfermeras utilizan esta metáfora para referirse a aquellas rutinas que constituyen esquemas cognitivos completos y que están estrictamente pautadas y que son de cumplimiento obligatoria:

Si llevas uno o dos días con el paciente ya te sabes las cargas que tiene. [Beatriz, EC-42]

Después de recibir el parte me pongo con todas las cargas. [Marina, EM-44]

Después de que los pacientes desayunan, sigo haciendo las cargas. [Dani, EM-22].

Antes los cirujanos llevaban los críticos. Ahora lo llevan intensivistas y la URPA los anestesiastas, y los sacan antes¹⁶. Han cambiado las cargas. [Clara, EC-44]

<Las cargas> es una metáfora ontológica que representa el trabajo como un objeto pesado que hay que portar. Una carga se sujeta, se transporta de un punto a otro, requiere un esfuerzo que tiene mucho de físico. Pero una carga también tiene un componente emocional, puesto que al calificar con ese término designamos una actividad que puede resultar enojosa:

Te quemas porque te lo chupas tú todo. Si se estropea el cuarto de baño, te lo chupas; vienen a limpiar un control y hay una caja..., la caja la tengo que quitar yo, y ¿es mi competencia? ¿Que el médico no hace un volante y lo tengo que hacer yo?, claro, si no el paciente se queda sin el antibiótico (...) Laboratorios centrales los tenemos que preparar nosotras. Todo eso son cargas. [Mara, EC-26]

¹⁶ Se refiere a que los pacientes permanecen menos tiempo que antes en unidades especiales, como cuidados intensivos o reanimación, y llegan a la planta de hospitalización en peores condiciones clínicas y con mayores necesidades asistenciales.

No decimos de algo que nos gusta que sea una carga, lo decimos de aquello que desagrada; o cuando menos de lo que supone parte de la rutina cotidiana, el imperativo laboral, la actividad monótona que indefectiblemente se ha de acometer:

- *En este área los pacientes son muy mayores (...) que requieren muchos cuidados..., con unas cargas de trabajo muy altas.* [Merche, EM-32]
- *¿Las cargas de trabajo en qué consisten?*
- *Pues a nivel de cuidados de enfermería. Son pacientes que tienen pluripatología, que en cuanto se descompensan un poquito se convierten en pacientes encamados..., pacientes que requieren ayuda para las necesidades básicas..., pues que requieren ayuda para comer, para vestirse, levantarse...* [Merche, EM-32]

Por cargas las enfermeras incluyen la medición de las constantes; la medicación, que implica la preparación, administración y retirada, en el caso de los sueros; las pruebas, que implica controlar los volantes de los pacientes que serán sometidos a ellas, las extracciones de las muestras y su procesamiento, y si es el caso de que el paciente tienen que acudir a una unidad central, asegurarse de que cumplen el programa previsto de preparación medicamentosa o dietética y horario. Las cargas implicará las curas y el registro de las acciones, aunque aquellas no todos los profesionales las incluyen, y cuando surge este término en el relato, hacen una diferenciación evidente. Por cargas se tienen aquellas actividades que poseen un carácter más técnico y que constituye la columna vertebral de la trayectoria cotidiana. Como analizaremos en el capítulo 5, lo otro, lo que depende de una análisis personal de la enfermera y que incluye decisiones autónomas, no se considera una carga y sería incluido en la categoría de los cuidados.

En la tesis se parte de la consideración teórica previa de que la realidad material en la que se producen las prácticas sociales condicionará poderosamente el universo cognitivo de los actores sociales. En la primera hipótesis se postula una práctica asistencial marcada por el predominio teórico de la biomedicina. De las observaciones de campo y de los discursos de los

informantes se deriva inequívocamente que la práctica profesional enfermera está sometida a los imperativos médicos del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y a los ritmos biológicos del paciente. Es decir, la trayectoria cotidiana de las enfermeras está condicionada por las circunstancias biológicas del paciente y sus variaciones patológicas. Y además, como se verá en el próximo capítulo, esa trayectoria será fundamentalmente modificada por los imperativos de esas dos circunstancias. Los profesionales comienzan *"haciendo la ronda"* para ver cómo ha pasado la noche el paciente y disponen de una hora para *"poner los termómetros"*, *"tomar las tensiones"*, *"dar las pastillas"* y *"hacer los BM-test"* para *"dejar hechas las insulinas"* y todo ello antes de que lleguen los desayunos. Más tarde van contándose entre la enfermera, la auxiliar y la alumna sus progresos en la tarea diaria: *"hemos puesto el oxígeno"*, *"he sacado gasometría y urgencia absoluta"*, *"¡pasa las tensiones!"*, *"quité la medicación"*. La metáfora ontológica *«acción como objeto»* es un tropo comúnmente utilizado en el discurso espontáneo de la enfermería para hablar de las actividades diarias: Con ella se describen las acciones como objetos que se hacen, se ponen, se cogen, se quitan, etc. Es un objeto pesado, *«la acción es una carga»*. Estas expresiones metafóricas tienen toda la estructura de esquemas cognitivos que condensan una serie de rutinas expertas, compartidas por los profesionales y que una vez emitidas generan la imagen del proceso técnico completo: pruebas y medicación. La técnica así se reifica y se convierte en el objeto de análisis al que se refieren para indicar lo que hacen, connotando la centralidad del aspecto instrumental de la acción, por encima de otras consideraciones de carácter causal, o terapéutico o fenomenológico, como pudiera ser si se refirieran al fenómeno fisiológico, por ejemplo. En ese discurso se connota más lo que se ha hecho que el objeto de la acción o sus consecuencias.

Es tan significativo el dominio cognitivo biomédico para designar la práctica asistencial, que los tropos que emplean las enfermeras para expresar el sentido de esas acciones, que son *«una carga»*, suele ser una metonimia que se refieren a estas por la técnica que utilizan, o el objeto que aplican. Está tan incorporado a la representación cognitiva de la realidad clínica que parece una descripción literal sin alternativas. Pero una metonimia que delata esta

tendencia es la que designa una acción por la marca comercial del producto que se utiliza para hacer la medición de niveles de glucosa en sangre: *«BM-test»*. La fusión de esa metonimia con la metáfora ontológica anterior revela más claramente la preeminencia de lo instrumental sobre otros dominios cognitivos, a la hora de asociar las prácticas con elementos que las representen. Y su relevancia se destaca por la incoherencia lógica que implica "hacer un BM-test", dado que este objeto es una tira reactiva con la que se miden los niveles de glucosa. Lo que la enfermera hace es colocar encima de la tira una gota de sangre del paciente y leer el resultado de la prueba. Quien hace el BM-test es el laboratorio que lo fabrica y no la enfermera. La metáfora ontológica se encarga, por tanto, de identificar la acción como un objeto que se elabora: *«hacer el BM-test»*, poniendo el acento en la acción y no en su finalidad, o en otro aspecto cualquiera, que cambiaría el significado de la imagen que genera el lenguaje profesional.

Como ya he indicado más arriba, estas acciones se producen en un contexto de interacciones sociales sin la cual no se pueden entender algunos de los fenómenos que analizaré más adelante. La trayectoria cotidiana de la enfermera está atravesada por múltiples trayectorias ajenas que establecen momentos emergentes en los que se producen variaciones, algunas muy importantes, del proceso diario previsto. Los principales agentes son los pacientes a los que atiende y los médicos y auxiliares de enfermería con los que comparten objetivos laborales. En este capítulo he planteado cómo el trabajo que ejecuta la enfermería está constantemente interrumpido, aplazado, modificado por todos ellos. Es por tanto necesario, previo a cualquier otra consideración, conocer el tipo de relaciones profesionales que la enfermería mantiene y la capacidad real de influencia que tienen sobre ella; las tensiones y complicidades que se generan, y las clasificaciones que establece, de los agentes sociales con los que se relaciona. Y estos aspectos se analizarán en el capítulo 3 de esta tesis.

Atendiendo a algunos de los requisitos que la sociología establece para el reconocimiento de una profesión, tendremos como elemento básico el disponer

de un área de actuación específica y cuyas soluciones se fundamenten en un denso cuerpo de conocimientos que justifique las decisiones y las acciones con las que resuelven los problemas que la sociedad les plantea (González Anleo, 1994). La autonomía es una aspiración profesional general, con independencia al modelo profesional al que se adscriba cada enfermera. En un área de actuación dominada por objetivos clínicos centrados en el tratamiento de la enfermedad, los ámbitos de decisión están condicionados por las competencias profesionales de la enfermería, los conocimientos personales de la enfermera, su experiencia profesional y la confianza que depositen en ella los distintos agentes sociales. La autonomía está relacionada con la capacidad de tomar decisiones que influyan en la trayectoria cotidiana y en la de otros actores sociales. La actividad sometida a rutinas que son frecuentemente modificadas por otros agentes rompe el sentido de autonomía y es fuente frecuente de frustración profesional. La frase castiza "Esto es sota caballo y rey" no solo la he oído en el hospital, sino también en el centro de salud. Durante el trabajo de campo, cuando profesionales que no acababan de entender cuál era mi propósito en la investigación, y no se explicaban qué cosas podía estar buscando que justificaran lo prolongado de mi estancia, me indicaban con esa frase que no había mucho más que ver y que la actividad profesional se repetiría igual día tras día y enfermera tras enfermera que yo observara. La práctica rutinaria deja poco espacio a las decisiones autónomas y es un terreno que parece más condicionado por imperativos institucionales que fijan objetivos y programas e intereses y finalidades de otros agentes sociales con los que se interacciona.

También en el centro de salud se oye hablar de rutina, pero una rutina distinta a la del hospital, una rutina que habla más de la estrechez de límites que de tareas impuestas, como se analizará en posteriores capítulos. Pero lo que no se oye en atención primaria es hablar de *<cargas>* para referirse al trabajo diario. La cercanía de la práctica de primaria al prototipo ideal de cuidado enfermero, que estudiaré en el capítulo 5, hace que el trabajo cotidiano no pueda ser considerado como *<carga>*, aunque esto no sea óbice para que también se hable de rutina. Las condiciones materiales en las que se produce la interacción entre

la enfermera y el paciente hace que su trayectoria cotidiana esté dirigida y controlada por ella, y una carga autoimpuesta es menos carga. El trabajo es también menos físico que en el hospital, razón por la cual no tiene ese componente de esfuerzo corporal que la metáfora proporciona a la expresión. En cambio comparte con el hospital la importancia de la esfera técnico-biológica en la designación de actividades clínicas: se hacen *<BM-test>* y se pinchan *<sintrones>* y el paciente diabético se hace las *<tiras>* para controlar el azúcar. La metonimia que asocia la acción al nombre del producto, marca o técnica que se aplica es tan activa como en el hospital. Lo que falta es la carga física y la sensación de inercia impuesta heterónimamente.

Los requisitos profesionales arriba aludidos se vinculan a un área específica de actuación en el que el profesional tiene capacidad para tomar decisiones que resuelven problemas agudos. El carácter de las decisiones que adoptan las enfermeras y su capacidad para condicionar su trayectoria cotidiana y la de otros agentes, es un elemento esencial para la comprensión de las representaciones cognitivas de ese grupo experto. La toma de decisiones, así como la base conceptual en la que se fundamentan dichas decisiones, será objeto de análisis en el capítulo 4. La oferta específica que hace el grupo experto a la sociedad, particularmente los líderes intelectuales, y que designa como el elemento característico de la profesión: el cuidado, será analizado en el capítulo 5.

Se completan así los pilares en los que se asienta la cosmovisión de la profesión y que analizado mediante el juego de los tropos permitirá obtener conclusiones sobre la penetración o no de las novedades teóricas en el acervo cultural del grupo experto de enfermería. Partía en la introducción de dos visiones diferentes de la enfermería y el debate activo en la actualidad entre ellas. Cada visión representa unos valores profesionales propios que se asentarán en intereses y expectativas de índole práctica, si la tesis de partida en este estudio es cierta, y es que las condiciones materiales en las que se producen de las prácticas sociales son el factor que más influencia tiene en la configuración de las representaciones cognitivas del universo profesional de los

grupos expertos. Condicionan por tanto las visiones compartidas sobre su profesión y la construcción de la imagen ideal, que se enfrenta en negociaciones permanentes con la práctica real.

Una actividad ocupacional en proceso de cambio es rica en tropos que reflejan un mundo conceptual inestable, en el que conceptos antiguos carecen de valor, o se pretende su mutación por otros con un nuevo carácter que responda más a las propuestas modernizadoras. Analizar los tropos con los que los profesionales expresan conceptos significativos de su práctica cotidiana, permite identificar aquellas teorías científicas que mejor explican los problemas agudos con los que se enfrenta el grupo experto y que mejores soluciones proporcionan para resolverlos. Esas teorías serán las que nutran el cuerpo de conocimientos de la profesión y con las que construyen su visión de la realidad con la que interactúan. Las estrategias de los diversos grupos profesionales, enfrentados en su visión de la enfermería para que sus metáforas dominen el mundo cognitivo profesional, es el interés de esta tesis, y el análisis de las facilidades o dificultades que encuentran dichos colectivos para alcanzar su propósito es el objetivo que guía el resto de los capítulos.

CAPÍTULO 3. RELACIONES PROFESIONALES

Los hombres producen juntos un ambiente social con la totalidad de sus formaciones socio-culturales y psicológicas.

(Berger y Luckmann 2003: 70)

Los roles profesionales se producen en plena interacción social que condiciona las actuaciones de todos los interlocutores sociales y los conocimientos que de su desarrollo se derivan. Las imágenes y expectativas que recíprocamente tienen los unos de los otros pueden entenderse como formando 'esquemas tipificadores' que aportan información precisa con los elementos más significativos que cada uno de los interlocutores sociales tiene del otro. Este conocimiento tipificado permite la aprehensión del otro y el trato con él, manteniéndose en continua dialéctica que también va a permitir su modificación. Las instituciones sociales se construyen en el curso de una historia compartida por actores sociales; no son hechos naturales que obedecen a leyes ajenas a las sociedades que las producen (Berger y Luckmann 2003: 47,72). La enfermería es una institución social que ha prestado servicios esenciales en nuestra sociedad a lo largo de siglos. El conocimiento experto generado, y los esquemas tipificados de acción e interpretación de la realidad sanitaria, no son ajenos a la interacción con otros actores sociales que comparten la escena profesional y que tienen por objeto cubrir necesidades de un mismo receptor de sus atenciones: el paciente.

Considerando que las representaciones cognitivas están fuertemente condicionadas por factores materiales, no es posible un estudio sobre la enfermería sin analizar el entorno social donde se desenvuelve su quehacer diario. Este capítulo será enfocado desde la perspectiva del profesional de enfermería y cómo él ve a los otros actores sociales, las ideas y conceptos que manejan, sus objetivos, expectativas y acciones y la manera en la que todo ello condiciona su trabajo. Otra perspectiva que se analiza en el capítulo es la visión que el paciente proyecta de las enfermeras en particular, y de otros profesionales sanitarios en general. Esta visión será igualmente un factor

condicionante de la acción de todos los agentes que intervienen en la escena sanitaria. Las prácticas de auxiliares, celadores y médicos, y las charlas informales que mantuve con ellos durante el trabajo de campo, han servido para completar la información sobre cómo son consideradas las enfermeras por estos colectivos y qué papel le asignan en la atención sanitaria.

Imágenes de la enfermería

Las expectativas del paciente (curar su enfermedad), de la institución que le atiende (resolver los problemas del paciente con la mayor eficiencia posible de los recursos disponibles) y de los médicos (diagnosticar y tratar la enfermedad, y pronosticar su evolución), dibujan un entorno profesional donde la enfermera está condicionada, en primer lugar por los objetivos y las expectativas de los principales actores de la escena sanitaria. Y en segundo, por las normas que se han ido desarrollando en el proceso de habitualización de las tipificaciones surgidas de la práctica sanitaria, y que son tanto explícitas, aquellas que emanan de las propias competencias profesionales establecidas por leyes nacionales y de las directrices de las direcciones de hospital y área sanitaria, como implícitas en los propios usos y costumbres que se van configurando en la actividad cotidiana.

Un paciente que se siente indispuerto acude a un centro de salud o a las urgencias de un hospital y es atendido por médicos que diagnostican su enfermedad y ponen un tratamiento. Si esta terapia requiere su hospitalización, el ingreso se efectúa a instancias de un médico. De ello se deriva una primera consecuencia y es que el objetivo por el que el paciente ingresa está marcado por las expectativas profesionales del médico, y los recursos de la institución se polarizan a hacer posible la consecución de esa finalidad. Generalmente el paciente es ubicado en la unidad donde ejerce el médico que se va a hacer cargo de su estudio y tratamiento. Esa unidad de hospitalización recibe el nombre de una especialidad médica (anexo XI), focalizada hacia el estudio de

un grupo de enfermedades comunes a un sistema orgánico, y centrada en unos objetivos diagnósticos y terapéuticos específicos. Las enfermeras contratadas por el hospital son asignadas a esas unidades, y puestas al servicio de aquellos objetivos arriba descritos. Esta relación es tan evidente que por metonimia reciben el adjetivo de la especialidad en la que prestan sus servicios: enfermera de medicina interna, de cirugía general, de cardiología, etc.

Considerando estos primeros condicionantes cabe preguntarse cómo ven a la enfermera todos aquellos agentes que intervienen en la escena sanitaria; qué acciones caracterizan el rol profesional de la enfermería a juicio de pacientes y profesionales; qué esperan de la atención de una enfermera; cómo les gustaría ser atendidos por estos profesionales; qué criterios les permite establecer diferencias entre una buena o una mala profesional.

El ángel de la guarda

Aquí son unas chicas maravillosas. Con qué cariño te tratan. Yo las llamo 'mis angelitos'
[Encarna, PO-65]¹⁷

La cultura cristiana da forma a una imagen, probablemente común a muchas culturas: el guardián que vigila. La alerta constante que mantiene seguros a los beneficiarios de su celo. El guardián atiende a los signos de alarma corporal en momentos de especial vulnerabilidad e incremento de las necesidades de atención. El buen guardián, que permanece atento en circunstancias especialmente peligrosas para la integridad del ser humano, es parte de nuestro imaginario y presta cualidades al profesional encargado de cuidar de nuestra salud. La metáfora del *«ángel de la guarda»*, más presente en el discurso popular que en el profesional, evoca la idea de quien vela por nuestra seguridad, cuando estamos solos ante una experiencia desconocida y necesitamos cierto control de la situación, mediante el conocimiento y previsibilidad, así como la disponibilidad incuestionable y amigable que mitigue

¹⁷ Entrevista realizada en la unidad de oncología para el proyecto de investigación del Diploma de Estudios Avanzados (DEA).

el dolor y las molestias que ocasiona la enfermedad, y su tratamiento. La imagen de la 'enfermera a pie de cama', para expresar una profesión que permanece '24 horas al cuidado del paciente', son referencias tan habituales en la literatura profesional que constituyen uno de sus principales valores y que ha sido incorporado a conceptos tan capitales para la enfermería como es el de cuidado. Una permanencia constante en la vigilancia al paciente; una dedicación vocacional y abnegada, que vincula emocionalmente a tareas en otro caso enojosas, y todo ello realizado con un trato amable, afectuoso, pero a la vez eficaz, son cualidades que popularmente se asocian a la enfermería y que la tradición cristiana ha vinculado al *«ángel de la guarda»*, como lo constata la frase de Encarna. Aunque no siempre se presenta la expresión literal en la entrevista formal, porque los pacientes suelen referirse más a las enfermeras como colectivo, aspecto que se tratará más adelante. Pero sí se pueden escuchar ese tipo de apelativos cuando, en ocasiones, se refieren a alguna enfermera en particular con la que acaban de estar: *"Esa chica es un ángel"*. La metáfora se desentraña por las características que los pacientes atribuyen a las enfermeras, y no tanto por lo que estas dicen de sí mismas ya que cuando lo hacen acuden a iconos profesionales (como el caso de la 'dama de la lamparita': Florence Nightingale) que están más presentes en la literatura y comparten algunas de las cualidades atribuibles a los ángeles guardianes, y que son más activas en la cultura popular.

En general a todos los profesionales sanitarios, pero particularmente la enfermería, quizás por la naturaleza escatológica de muchas de las prácticas que realizan y por estar en constante relación con el sufrimiento humano, se les ha atribuido, como una de sus principales características, una predisposición a quienes las ejercen, una inclinación a esa tarea, una vocación:

Este oficio es vocacional. No vale todo el mundo. [Dolores, PM-74]

El trabajo de médicos y enfermeras tiene que ser muy vocacional..., porque si no... no aguantaría nadie. [Camilo, PC-63]

Es un trabajo muy vocacional. Hay que ser muy paciente y tener mucha dulzura, porque hay casos en los que el paciente no está... [Victoria, PM-27]

Yo creo que lo primero que hay que tener es vocación..., pero desde ahí ya viene todo dado.

[Alfonso, PP-79]

Han sido ampliamente contemplados en la literatura enfermera sus aspectos vocacionales. Una autora ya clásica en este campo como es Domínguez Alcón (1983:43-8), en uno de sus estudios sobre la profesión analiza el contenido del término vocación en la historia de la enfermería y afirma que al concepto de sacerdocio o misión apostólica, se añaden matices como la caridad, el altruismo, cariño maternal, femineidad, dulzura y bondad; lo que parece más próximo a la definición de una vocación religiosa que a la de un profesional. Nuestra cultura asocia a la enfermera con dos cualidades que la sociedad ha vinculado tradicionalmente con la mujer: la dedicación abnegada al cuidado de los miembros del grupo familiar, la sumisión a los dictados de los varones y la salvaguarda de los valores tradicionales. Parece un hecho universal que la mujer asume en el núcleo familiar la misión de cuidar a los enfermos y desvalidos, como extensión de su papel de madre. Cuidar fue una función eminentemente femenina, pero dirigida por quien ostentaba el poder de decisión, el médico, legitimado por un saber que en la tradición europea ha sido un saber masculino (Canals, 1985). Con la institucionalización de la práctica del cuidado en el occidente cristiano, se asignó a esta ocupación las funciones meramente manuales y todo conocimiento que era útil para explicar el padecimiento humano se incorporaba al cuerpo disciplinar médico. En la Roma Clásica las artes liberales eran practicadas por los hombres libres y las artes manuales se asignaban a esclavos o mujeres. La medicina fue practicada por hombres libres que ostentaban el conocimiento y la enfermería siempre mantuvo el papel secundario, a las órdenes del médico (Gracia, 1992). Esta inercia cultural se consolida con la preferente organización de los cuidados a través de órdenes religiosas, en las que la obediencia debida era un valor primordial y la subsidiariedad del cuidado de los padecimientos del cuerpo era evidente, frente a la vida religiosa y el cuidado de las almas. El primitivo cristianismo es donde se sitúa, a juicio de Laín Entralgo, la primera orden religiosa relacionada con el cuidado de la salud, las diaconisas romanas (Hernández Martín, 1996), vírgenes o viudas que se dedicaban al cuidado de

los enfermos en las primitivas sociedades cristianas. A partir de ahí el occidente cristiano asumió la asistencia sanitaria a mendigos, peregrinos y todo tipo de personas necesitadas bajo el paraguas de las órdenes religiosas. En estas circunstancias la asunción de ciertos atributos inherentes a la mujer, que la suponen especialmente capaz para el cuidado, y los valores de la tradición cristiana en la que el modelo ideal de enfermera tuvo su prototipo en la Virgen María, con el ensalzamiento de su doble vertiente de Virgen y Madre, crea una imagen ideal de enfermera que conjuga la pureza virginal de María y la dedicación abnegada al cuidado de los suyos propios de una Madre buena (Santo Tomás, 1997):

Es un trabajo de mucha entrega. Para ser enfermera hay que valer. [Miguel, PM-67]

La metáfora del *«ángel de la guarda»* evoca dos imágenes que conjuga la visión tradicional de la enfermería en nuestra cultura: de un lado el papel de la mujer como cuidadora del núcleo familiar y de otro la preeminencia de las órdenes religiosas en la organización de los cuidados cuando estos fueron institucionalizados. Esta idea está tan arraigada en el modelo cultura de nuestra sociedad, que incluso en la actualidad más reciente tiene pervivencia en la profesión. El Libro Blanco de Enfermería (Consejo General de Enfermería, 1998) informa que los profesionales consideran de forma mayoritaria que la profesión es "una carrera vocacional". A esto se añaden que entre los atributos considerados más relevantes se encuentra el espíritu de sacrificio, abnegación, dedicación y esfuerzo, muy alejados de la escasa importancia de otros como el conocimiento científico y la creatividad. También, en una reciente tesis doctoral sobre la idea de vocación entre estudiantes de enfermería, Martínez Nieto (2004) encuentra que mayoritariamente el término suele asociarse a conceptos como ayuda y cuidado, con un sesgo hacia los aspectos técnicos en hombres. Generalmente la perspectiva vocacional del ejercicio de la enfermería ha sido denostada por quienes, buscando mayores cotas de profesionalización, han querido desvincular a la enfermería de una imagen pseudoreligiosa del ejercicio profesional:

Yo soy una enfermera vocacional... Cuando me oyen decir esto me miran como a un bicho raro. Se creen que es hablar de monjas y religión. [Catherine, SM-55]

Yo no me siento para nada un enfermero vocacional. Me siento un profesional [...] ¿Vocación de qué?... ¿de ayuda? ..., lo veo un poco triste. Yo en cambio sí me siento obligado a formarme [...] Yo... más que vocación... es responsabilidad como profesional. La vocación es un concepto vacío, que yo además lo asocio con lo religioso..., con el concepto de llamada.
[Pedro, EP-52]

El otro elemento de la imagen metafórica lo constituye la cualidad de vigilante permanente ante los peligros que acechan al enfermo:

Si está atenta a las medicinas que hay que tomar o tarda mucho en venir y se descuida totalmente..., o también la forma de hacerlo [Encarna, PO-65]

Es un trabajo de mucha entrega. Están contigo constantemente. [Emilio, PC-77]

Están dedicadas pero además con cariño. [Jaime, PC-81]

La enfermera para cualquier cosa, llamas y enseguida te atiende. [Dalia, PP-78]

Quien te cura es un médico, pero el que te sana es un enfermero, porque el que te vive tu día a día es el enfermero. [José Javier, PC-38]

Esta idea de la misión profesional ha sido asumida por la enfermería y dotada de valor, mediante una expresión icónica en una figura emblemática de la profesión: 'la dama de la lamparita', como así se denomina a Florence Nightingale. De las muchas hazañas profesionales que se atribuyen a esta enfermera inglesa del siglo XIX, sus paseos nocturnos entre los soldados enfermos que descansaban en los barracones del hospital de campaña en Escutari, durante la guerra de Crimea, portando una lámpara de aceite, es la imagen que ha trascendido y que ha creado el icono de la 'lamparita' como emblema profesional. La fuerza de esta imagen ha sido tal que se ha incorporado a logotipos de organismos representativos de la enfermería, como por ejemplo el Consejo General y el Departamento de Enfermería de la Universidad Complutense entre otros:

Ellas son las que están aquí atentas en todo momento a lo que te puede pasar..., una dedicación muy buena... [Mariano, PM-82]

Alfredo, que ese es como tener casi un médico; porque está pendiente de todo, y antes de que necesite algo él ya viene y lo pone... Ese es un buen profesional... que está pendiente y se da cuenta que no está para dar el alta. [Andrés FO-85]

Esta cualidad de los profesionales demandada por los pacientes, es sumamente valorada por algunos enfermeros, que como Isidro, llegan a definir el cuidado apelando a esta misión, que remarcen con el sentido de anticipación a los posibles riesgos de la enfermedad, incluso como definición del cuidado:

Cuidar es velar por el bienestar de la persona y anticiparse a un problema que pueda tener. [Isidro, DH-30]

La última característica fundamental que compone la idea del ángel guardián es el 'trato' personalizado y amable que todos los pacientes sin excepción destacan como cualidad esencial de una buena enfermera:

Yo veo que... es el trato... Cuando estás enferma necesitas cariño...; una palabra de aliento cuando lo necesitas [Luisa, PM-76]

Esencial el trato humano con el paciente...; la forma de comportarse...; el carácter que pueda tener para atender al paciente. Y es tan importante como los estudios. [Mariano, PM-82]

¿El trato?... no hay ninguna antipática. [Ignacio, PM-79]

El trato aquí..., es muy de tu a tu. [Nieves, PC-38]

El que está cualificado profesionalmente, procura atenderte con paciencia y aparte de todo que te escucha [Ana, FM-53]

El trato familiar... y esa colaboración es muy importante para la recuperación... [Camilo, PC-63]

Los pacientes ilustran el trato con características como: amabilidad, humanidad, cortesía, paciencia y simpatía. Cualidades que hablan de familiaridad y proximidad en la relación personal y que huye de los tecnicismos

que limitan la relación a lo estrictamente necesario para realizar una acción mecánica. El paciente busca una proximidad que le de la seguridad de ser el centro de atención de un profesional, y no un caso clínico impersonal.

Muchas de estas cualidades remiten a la imagen que más arriba he descrito y que tienen que ver con características que se suponen inherentes a la mujer, aunque estén incorporadas al modelo cultural de enfermera y afecten a todo profesional que se dedique a la enfermería, con independencia del sexo. No son capacidades adquiridas en el proceso de formación como experto. El paciente está describiendo características propias del carácter innato de la persona y no conocimientos puestos al servicio de un proceso de resolución de problemas. Se habla del trato como actitud personal y predisposición natural hacia una manera de ser y de estar. Por eso, entre otras cosas, para dedicarse a la enfermería:

"Hay que valer" [Julia, PC-68]

Las enfermeras son muy humanas... Tienen algo que no se estudia en los libros, sino que hay que llevar dentro... [Mariano, PM-82]

Cualidades inherentes a la persona que son salútféras, que alivian y provocan bienestar:

Ser amable y cortés con el enfermo, porque de eso depende que un enfermo se encuentre bien y vaya mejorando. [María, PM-57]

Una persona necesita conversar, no que te tomen la tensión y ya [María, PM-57]

La compañía, la conversación íntima y empática, que hace al paciente sentirse centro de interés y preocupación de la enfermera y que promueven el consuelo, son un bálsamo que los pacientes aprecian como cualidad fundamental en la enfermera. El trato humano hace ganar intimidad y familiaridad y ello favorece, en momentos de especial vulnerabilidad, la negociación que busca la dedicación absoluta a la causa de vencer la enfermedad, la complicidad para lograr los recursos necesarios para ello, y el mínimo padecimiento posible cuando la agresión es inevitable. La dedicación abnegada y vocacional a la

tarea de vigilar continuamente al paciente para estar alerta de los peligros que le acechan, y el trato humano que acompaña, actúa con esmero y consuela, son cualidades deseadas en la enfermera y que la asocian a la imagen del *<ángel guardián>*.

La metáfora de la chacha

Son las nueve de la mañana. Los desayunos están repartidos a los pacientes, y Marina [EM-44] reanuda la toma de constantes vitales que había interrumpido para hacer los BM-test y poner las insulinas a los pacientes diabéticos. Entra en la habitación de Encarna, una paciente de 85 años que se niega a tomar las pastillas que le había proporcionado la enfermera. Está muy alterada y pide hablar con el médico:

- *Él sabe las cosas* [Encarna, PM-85]
- *Yo también sé lo que hago* [Marina, EM-44]
- *Tú que vas a saber. Tú eres una empleada* [Encarna, PM-85]

La metáfora de *<la chacha>* guarda una fuerte relación con la imagen de servicio doméstico que subyace en la metáfora del *<ángel guardián>*. El tropo evoca la imagen de servicio que tiene la enfermera en la sociedad (empleada, sirvienta), pero un servicio manual y acrítico ante las órdenes directas de quien reclama su acción. He elegido este término, entre los otros posibles, por ser el que las enfermeras utilizan irónicamente para denunciar el trato recibido de algunos médicos y pacientes o sus familiares:

Nos tratan como a chachas. [Elvira, EM-27]

A pesar de la puntuación tan sobresaliente con la que se valora a la enfermería en las encuestas de opinión, el contacto diario con el paciente crea en los profesionales una percepción de baja consideración, como lo refleja la escena que se produjo en el control de enfermería cuando hablábamos con dos alumnas sobre el prestigio profesional:

- *Los pacientes sí nos consideran bien* [Laura, EsM, 2º curso-19]
- *¡Uy! A ti no te han dicho “Yo te pago para que tú me sirvas”.* [Javier, EM-43]

Esta percepción también la tienen algunos profesionales respecto a su relación con los médicos:

Para algunos médicos seguimos siendo las chachas. [Paloma, EC-41]

Yo he vivido médicos que pasan visita contigo y hacían una mini sesión para ver cómo iban los pacientes y les cambiaba tratamientos, y he tenido médicos... pues de los que eres la chacha de turno, entre comillas, y te dicen todo lo que tienes que hacer y cuantas veces tienes que respirar... [Isabel, DH-48]

Servir al paciente que paga y al médico que sabe. Al médico difícilmente se le contradice, pero el criterio de la enfermera puede ser rebatido por el propio paciente: cuando y cómo me lavas, lo demás lo trato con el médico:

- “Oye niña, ven a ayudarnos que la señora de al lado se encuentra mal” [Escuchamos decir a una paciente por el interfono del control cuando habla con una profesional, en este caso auxiliar, que atendió a la llamada]

Estas aparentes contradicciones coexisten porque se dan en la vida cotidiana: por un lado la valoración extraordinaria con la que los pacientes consideran a los profesionales que emplean su esfuerzo abnegado en mejorar su salud en momentos de tal vulnerabilidad y en circunstancias, en ocasiones, tan crudas que requieren una entrega personal encomiable. Por otro el sentimiento de los profesionales sobre una labor, casi siempre secundaria, frecuentemente reclamada para tareas rutinarias de tipo doméstico y sometida a directrices ajenas. Son valoraciones aparentemente contradictorias que mantienen cierta coherencia si pensamos en una consideración altamente positiva de los valores humanos que hay que desplegar para una tarea tan ingrata y delicada, y por otro la escasa capacitación que requiere el realizar actividades poco cualificadas. Se comprende así que la alta valoración está dirigida a la enfermera, la persona, y la baja a la enfermería, a la profesión, como ya indicó Davies (1995). La metáfora de la chacha remite a imágenes en general muy arraigadas en nuestra cultura y que asocian la profesión a la idea de trabajo manual, servicial y poco cualificado intelectualmente, como se argumentó en la metáfora del ángel guardián. El cuidado de los enfermos, en manos fundamentalmente femeninas, pero también masculinas, ha asumido

históricamente un papel secundario en las sociedades humanas. La imagen de dependencia, cuando no de sumisión, trasciende los siglos y en nuestros días continúa vigente la visión de una enfermería obediente a las órdenes del médico y cuya función de vigilancia se limita al cumplimiento de sus prescripciones y a la transmisión de información precisa para ser utilizada por él:

- *Veo que trabajan más..., es más..., a lo mejor de mente no, pero de... físicamente trabajan más...* [Nieves, PC-38]

- *¿De mente no?*

- *A lo mejor de mente no..., A lo mejor mi Dr. está pensando cómo me tiene que coser la herida... Ellas es más... monótono en un momento dado... quitar suero, poner suero... Yo de mente lo veo más tranquilo que el de los médicos.* [Nieves, PC-38]

No es una vigilancia "con la mente" sino "con el cuerpo". "Tú que vas a saber" le decía Encarna a una experimentada enfermera de 44 años. La enfermera actúa, y en esa actuación se asienta su prestigio. Aplica remedios que son vitales para los pacientes, pero su actividad no es mental sino física; su profesionalidad consiste en ejecutar con pericia lo dispuesto por otro. Su trabajo sigue asociado a la idea de trabajo servicial y muy caracterizado por su actividad manual, pero poco cualificado intelectualmente; al menos a cierta distancia del médico que domina el área del conocimiento en el que trabaja la enfermera:

Vienen y lo primero me ponen el termómetro..., luego la tensión..., luego el azúcar... Si lo tengo bien... no..., si la tengo alta me ponen un poco de insulina. Y vienen y me hacen la cama... traen el desayuno y la comida. [Luis, PM-76]

El médico te hace la consulta, te trata, te habla y listo..., pero luego, con todo lo demás que el médico receta, es la enfermera la que está pendiente de dar al enfermo todos sus medicamentos..., y en una organización muy buena. [Manuela, PM-79]

En ocasiones se observa en algunos pacientes la confusión que tienen con las funciones de enfermeras y auxiliares; suelen distinguir entre médicos y las demás a las que llaman enfermeras. Esta indefinición junto con la identificación exclusiva con tareas manuales hace que enfermeras y auxiliares se consideren

poco valoradas por los pacientes, como me comentan en una charla mientras tomábamos un café:

- Yo soy la de la limpieza, pero la limpieza corporal [Toñi, AM-35]

- Pues a mí me dicen: “Tú eres la de las tensiones” y yo les digo: “mujer algo más hago”. Lo único que les interesa es saber qué médico los lleva: los residentes y el jefe [Elvira, EM-27]

Una sutil diferencia se observa en el discurso de los pacientes de cirugía, y es la polarización hacia la cura de heridas y la identificación de una enfermera más autónoma por la ausencia física del cirujano a diferencia de los médicos internistas que frecuentan más las unidades e intervienen más en la acción cotidiana de las enfermeras. En medicina interna el control de todas las constantes vitales y la medicación marcan la actividad cotidiana; en cirugía es el control de la temperatura, los drenajes y la cura de heridas. Pero finalmente el manejo de la información obtenida por la enfermera no se pone al servicio de su propia actividad analítica y de decisión sino al servicio del médico, quien la valora y evalúa su evolución:

El cirujano te opera... y como se suele decir, ahí te quedas. El trabajo se lo pasa a la enfermera... Y la enfermera..., te pregunta cómo estás..., cómo te ve la herida.... Claro, ella eso lo va anotando, para después informar al médico. [Violeta, PC-74]

Este rol de enlace que viene caracterizando a la enfermería se puede observar en un auténtico icono de la profesión, la jeringa; elemento que maneja la enfermera para inyectar la medicina prescrita:

Por lo que veo..., que entiendo lo justito..., le ponen una sonda..., le ponen un catéter..., le ponen una perfusión... [José, FO-39]

La enfermera está más para ponerte inyecciones [Encarna, PO-65]

Tropos con agujas

Definir a la enfermería por lo que hace ha utilizado uno de los instrumentos que más han caracterizado modernamente a la profesión, y es el manejo de la aguja en sus múltiples versiones. La imagen de la jeringa y la aguja están asociadas a la profesión de enfermería: los *«pinchaculos»*, como se adjetivó en el

pasado a la enfermería cuando tan frecuentes eran las inyecciones intramusculares en infinidad de tratamientos. Esa metonimia definía a la enfermería por una actividad frecuente y técnica. La enfermería no era "medidora de tensiones" o "hacedora de camas" o "curadora de heridas", sino que de todas las posibles actividades que frecuentemente realizaba fue emblemática aquella que utilizaba un instrumento técnico que proporcionaba, quizás, lo más significativo del proceso clínico como es el tratamiento farmacológico. Ese binomio, medicamento-instrumento que lo administra, es altamente significativo, hasta el punto que sigue vigente pero con la variación propia de los nuevos usos. Los *«pinchasanos»*, como llamó a Elvira la familiar de una paciente, en tono de broma, es una metonimia que continúa haciendo referencia a un elemento clínico habitual y que deja huella por el dolor que provoca en el paciente. Cuando se pregunta por el trabajo que hacen las enfermeras se menciona invariablemente la inyección como una de las acciones más representativas de las enfermeras; pero también cuando se les pide que hablen de profesionales que ejerzan su profesión con excelencia, el ejemplo más utilizado es la acción de sacar sangre para ponderar su profesionalidad:

Por supuesto la profesionalidad de saber hacer las cosas bien. Yo tengo las venas muy finas, y ha venido José y... pin, pin, pan... es que ha sido un torero... Eso se aprecia mucho..., que no te hagan daño. [Carolina, PC-31]

Incluso un elemento de uso frecuente por la enfermería y que utiliza la jeringa como medio de perfusión venosa, es el suero que se conecta a una vena en la que entra el medicamento que aquella botella porta. Esto deriva en otra metonimia que alguna enfermera denuncia y que utiliza algún cirujano: *«ponedoras de sueros»* y con la que se pretende diferenciar a enfermeras de auxiliares:

Hay un médico aquí que nos divide entre ponedoras de sueros y las que no lo son. [Emma, EC-32]

Preguntas por ahí... y dicen que somos pinchaculos y ponedoras de sueros. [Marta, EC-31]

Tiene unas resonancias avícolas que no me consta que esté en la intención del médico en cuestión, pero que dejan a las claras lo significativo de las prácticas instrumentales cotidianas para obtener materiales cognitivos con los que definir a la enfermería. La jeringuilla es parte de la imaginería de la profesión: se utiliza para crear imágenes publicitarias de la enfermería, lo aportan los programas informáticos como representación de la profesión o lo utilizan los estudiantes como reclamo en las fiestas universitarias donde las alumnas (aquí el género sí es importante) inyectarán alegría a los asistentes¹⁸ (anexo XII).

Comparando con el icono del médico, el fonendoscopio, se puede observar cómo este nos sugiere que la función del profesional es el escrutinio de las estructuras íntimas del paciente y captar los signos de la enfermedad con los que la estudiará y establecerá su juicio sobre la situación del paciente (el médico conectado con el paciente a través del dispositivo exploratorio). Por el contrario la enfermera transmite un agente terapéutico hacia el paciente, o canaliza la vía por la que ha de pasar el medicamento, pero que tiene su origen en el médico. La iconografía interpone entre médico y enfermo un elemento que transfiere información que el profesional transforma en conocimiento, mientras que la enfermera interpone la jeringa que transfiere la solución que procede del conocimiento del médico hacia el cuerpo receptor del paciente. Se le da así un carácter de elemento mediato, interpuesto, secundario, vehículo que hace de nexo de unión.

La ruta terapéutica

Iniciaba el estudio de la imagen de la enfermería apelando a las expectativas del paciente y de la institución como condicionantes principales de la acción de la enfermera. El ingreso en una unidad que corresponde, generalmente, a la especialidad del médico que lo ordena, inicia una red de implicaciones que se condensan en las metáforas *<la enfermera es un ángel guardián>* y *<la enfermera es una chacha>*. Estas metáforas se entienden mejor en el contexto que se producen

¹⁸ No se trata en esta tesis el componente sexual de la imagen de la enfermera por no haber surgido en el trabajo de campo mención alguna a este tema, pero es sobradamente conocida esta imagen, como lo pone de manifiesto el estudio de Montes Jiménez (2002)

y que se relaciona con otro concepto metafórico que se refiere al grado de responsabilidad que adquieren los profesionales sobre el paciente: *«la enfermera lleva pacientes»*. *«Llevar pacientes»* es una metáfora que se compone de otras dos: *«el paciente es un objeto»* y *«la enfermera trasporta al paciente por un camino»*. Al analizar la forma en la que se utiliza la imagen de un camino, para aplicarla a la enfermería, es donde cobra sentido la red de implicaciones que la metáfora *«llevar pacientes»* establece con *«la enfermera es un ángel guardián»* y *«la enfermera es una chacha»*. Las tres metáforas condensan propiedades que en el ideario colectivo mantiene la enfermería actual y que perduran de otras prácticas que se han reproducido durante décadas, y que guardan resonancias seculares.

La metáfora del camino es un recurso cognitivo prácticamente universal, que ha servido como fuente de evocación de imágenes con las que se elaboran ideas, conceptos y normas morales (Lakoff y Johnson, 1998). James Fernández (2006c) en su artículo sobre la metáfora del "sendero del huerto", muestra cómo *"los tropos del camino, huerto y peregrinación son lugares comunes, precisamente porque son recurrentes y omnipresentes en la retórica tanto de la vida cotidiana como en los más ocasionales y refinados argumentos teóricos"*. Pero este universal no es solo fructífero a la tropología por mostrar los mecanismos que utilizan las personas para crear conceptos a expensas de imágenes cotidianas, sino que lo verdaderamente relevante es el contenido de esos tropos, es decir, el elemento cultural al que van a buscar referencias con las que asociar el objeto a definir. Fernández muestra como la lógica del camino está presente en diversas culturas y momentos históricos, aportando en unas ocasiones orden, como ocurre en las sociedades agrícolas, o finalidades salvíficas, en el Camino de Santiago. En nuestra sociedad interpretamos la enfermedad de un paciente como un itinerario, que tiene su origen en el momento en el que el paciente siente alterado su bienestar por un problema que él no puede resolver. El destino penoso que podría llevar a un desenlace fatal es modificado por un experto, que adecuadamente orientado nos puede dirigir a la curación del problema. El camino es el dominio cognitivo con el que la enfermera representa la idea de responsabilidad clínica sobre los pacientes que se le han asignado: *"Hoy llevo los pacientes..."*. *«Llevar pacientes»* nos remite a una ruta cognitiva, a un trasiego experto por una secuencia de etapas que

han de conducir a la resolución favorable de los problemas planteados al profesional. Y he aquí donde este tropo cobra gran fuerza expresiva; enfermeras y auxiliares y médicos 'llevan pacientes', y de sus diferencias obtenemos conclusiones importantes para el conocimiento de estas profesiones, y en especial la enfermería, que es nuestro objeto de estudio.

El paciente sigue una ruta que tiene su origen en el ingreso y su destino en el alta. El médico al que se asigna un paciente es el que tiene el poder de decidir el momento del ingreso y él es el responsable final de cumplir los objetivos institucionales con la diagnosis, prognosis y terapia de la enfermedad, y en consecuencia será el que determinará el momento en el que han sido alcanzados y decidirá el alta hospitalaria. La enfermera lleva a un paciente que le es asignado durante un día de trabajo o un periodo de tiempo limitado y en ese periodo será la responsable de atender a todas sus necesidades de salud aplicándole los cuidados de enfermería adecuados. En esa ruta hospitalaria, donde un solo médico conduce al paciente, habrá un número variable de enfermeras que asumirán responsabilidades parciales en el proceso global del enfermo. De la manera de asignar pacientes derivan las importantes diferencias en el *«camino»* que transita el médico y el profesional de enfermería y que da sentido a la metáfora de *«la chacha»* y a la red que forma con la del *«ángel guardián»*. También explica el revolucionario cambio que provocó la Atención Primaria en la relación enfermera-paciente, que ha hecho de este ámbito profesional el tipo ideal de atención de enfermería.

Como decía Elvira más arriba, *"Lo único que les interesa [a los pacientes en el hospital] es saber qué médico los lleva: los residentes y el jefe"*. Esto ocurre porque el vínculo de un paciente con su médico es muy estrecho y permanente. Cuando aquel ingresa en un hospital es asignado a un médico, y con independencia de que la ubicación del enfermo sea en la unidad, o servicio¹⁹, donde trabaja el médico o en otra planta distinta, 'su médico' de referencia será siempre el mismo hasta que se resuelva el problema por el que ha ingresado. Médicos y pacientes transitan el mismo camino clínico. El médico lidera esa ruta clínica en la que

¹⁹ Aceptación muy ligada a la organización médica clásica

acompaña al paciente por fases que pretenden progresar hacia la curación definitiva. La identidad de los principales objetivos clínicos es evidente. En cambio la enfermera es asignada a una zona de la planta, a unas habitaciones, a un espacio: Lleva los pacientes que están en las primeras camas de un control o los del centro o los del final (dependiendo de los controles y las circunstancias clínicas). No es difícil, en base a esto, comprender que se deslice en el lenguaje cotidiano comentarios como: *"Yo hoy llevo las primeras", "A mí, estos dos meses, me toca fija en las últimas"*, referido lógicamente a camas y no a pacientes:

Siendo yo supervisora un otorrino me pregunta, en tono muy exigente, por sus pacientes y su enfermera; y yo le contesté: "Las enfermeras no llevan los enfermos de otorrino, las enfermeras llevan controles de pacientes". [Isabel, DH-48]

Puede ocurrir que un paciente, por la evolución de sus necesidades clínicas, precise una habitación individual. El paciente se desplazará a otra habitación distinta a la que ocupaba y a partir de ese momento *<lo lleva>* otra enfermera. Sin embargo el médico será el mismo. Esto hace que pacientes, médicos y los mismos profesionales de enfermería, perciban la dificultad de las enfermeras de conocer en profundidad el caso de cada paciente, mientras que al médico que lo lleva se le supone la persona que mejor conoce la historia clínica del paciente:

El enfermero... yo reconozco que tiene sus turnos y que entran y salen y rotan y no pueden tener un conocimiento de cada caso... más que de lo que tienen que hacer puntualmente. [Carolina, PC-31]

Comentario que he oído en más de una ocasión, en tono de queja, especialmente en familiares de pacientes que están pendientes de estudio y decisión terapéutica definitiva, cuando su proceso se prolonga, y al ir a preguntar por novedades se van encontrando cada día a una enfermera nueva que sabe de su pariente menos que la del día anterior. Queja que también se puede oír a los propios profesionales, cuando tienen que hacerse cargo de pacientes de los que sabe más un estudiante de 2º de enfermería (porque paradójicamente ellos sí son asignados a pacientes durante todo el periodo que están en la unidad haciendo prácticas):

Rotamos mucho..., es decir, hoy llevo estos pacientes, mañana aquellos y pasado aquellos [...]
Para los enfermos muchas veces es un problema, y para los médicos también, y para nosotras también. El otro día llamé a un médico porque un señor estaba fatal..., de mocos hasta arriba. El médico me dijo: "Es el primer día que lo llevas, ¿verdad?". [Emma, EC-32]

Razones organizativas, y no profesionales, parecen justificar esta asignación a espacios y no a pacientes. Las enfermeras han de padecer, todas por igual, los equipos médicos más incómodos y viceversa. También sirven a intereses institucionales (a nivel de dirección de enfermería) permitiendo tener cubiertos los servicios con la plantilla actual, al favorecer la movilidad de los profesionales, y cohesionar más a los equipos de enfermería, como así me comentó una adjunta de la dirección de enfermería:

Los turnos rotatorios yo creo que son buenos [rotar por turnos de mañana, tarde y noche] [...]
Cuando tú estás rotando por todos los turnos compartes los problemas. No te parece que tú trabajas más que la de la mañana... [...] El rotar los turnos también te da mucha flexibilidad a nivel de cobertura y de..., dependen más unos de otros y también se llevan mejor. [Concha, DH-46]

Pero el vínculo con el cliente, tan salvaguardado por las profesiones clásicas como la medicina o la abogacía, con el secreto profesional como elemento fundamental que blinda esa relación, no parece en la enfermería hospitalaria un objetivo. El contenido de la ruta terapéutica de la enfermera hospitalaria y el médico son distintos. La *«ruta»* que transita el paciente es plenamente coincidente con la del médico, de forma que en este caso sí se puede decir que el médico lleva al paciente por la *«ruta terapéutica»*. Los profesionales de enfermería hospitalaria llevan a un paciente durante un periodo de tiempo corto, un turno de trabajo de siete o diez horas, que puede repetirse durante varios días seguidos. Pero ese seguimiento se interrumpe por múltiples circunstancias. El paciente es acompañado en su itinerario clínico por un buen número de profesionales, lo que hace que su relación sea más hacia un colectivo, la enfermería, que hacia un profesional, la enfermera. Es más una *«ruta terapéutica con el equipo de enfermería»* que con un profesional en concreto. Esta imagen de acción colectiva está presente cuando la enfermería habla de la continuidad de los cuidados y de la seguridad del paciente de que toda

acción necesaria va a ser ejecutada por el profesional de un turno o del siguiente. Probablemente esto pueda explicar que muchos pacientes recuerden el nombre de todos los médicos que los han tratado, designados de forma invariable por la categoría profesional seguida del apellido, y solo, muy ocasionalmente, recuerden el nombre de pila de alguna enfermera excepcional con la que han creado un especial vínculo:

La Dra. A me parece una persona muy agradable, muy expresiva. Y me ha visto también el Dr. B aquí en consulta. Abajo me pidieron para cambiarme pero yo le tengo mucha confianza al Dr. C; veo que es una persona también tan humana que he dicho, por favor si no queda otro remedio. No es que no confíe en los otros, que me ha visto una vez el Dr. D, la Dra. E y es un amor también. Así que yo ya digo que escogen gente con mucho corazón para tratar esta enfermedad. En general, ya le digo que he estado en la planta nº X, con los cirujanos oncológicos, y también me ha visto el Dr. [...] [Encarna, PO-65]

La entrevista con esta paciente, como al resto de los entrevistados tanto en el trabajo del DEA como en esta tesis, estaba centrada en el personal de enfermería, y por ellos preguntaba. Centro nuevamente la entrevista en las enfermeras²⁰, para saber si las de esa planta también le daba confianza, y aunque contestó en términos muy elogiosos para esos profesionales no aludió a ningún nombre propio. Esta aparente dualidad es constante: pacientes que no recuerdan apenas el nombre de pila de la cantidad ingente de profesionales de enfermería que han conocido en sus ingresos, pero saben el nombre y apellidos de todos sus médicos. Es el caso de una paciente que se refieren con el apelativo de "niña" a una enfermera de la que guardan un recuerdo que la emociona:

En la primera operación había una niña, de Sevilla, monísima... Yo en la cuña soy incapaz de hacer caca [...] *Y ya un día dije, "quiero ir al servicio"; y agarrada a la pared y entre dos... Llegué al baño... y mi prima me estaba poniendo un enema..., y llega esa niña, como siempre saludando a todos los enfermos [...]* *abre la puerta y me ve como estaba y dijo "llevádmela*

²⁰ He de indicar que en muchas entrevistas he tenido la sensación de que los pacientes me consideraban un auditor del hospital o de un organismo oficial, a pesar de mis explicaciones sobre el motivo de la charla.

a la cama"... y viene con unos guantes..., y con vaselina..., me pone la cuña... y me sacó la caca del culo... [Interrumpe emocionada el relato]. [Julia, PC-68]

No es este el único relato en el que a un paciente se le quiebra la voz hablando de la enfermería. La totalidad de los pacientes tienen más motivos para el halago que para la queja, y son anecdóticas las malas experiencias con profesionales de enfermería, pero eso es compatible con el carácter que le atribuyen a su función.

Los tropos utilizados al hablar de los profesionales hospitalarios unen los apelativos más sublimes, al calificar a los ángeles guardianes, con una posición clara en la jerarquía profesional, como veremos más adelante, pero que ya está caracterizada por la metáfora de la chacha. Las expectativas y objetivos de institución, pacientes y profesionales y la asignación de los pacientes, dotan de un contenido muy concreto a la metáfora del camino. El *«paciente es un objeto»* que es *«transportado por una ruta en busca de la curación»* es dirigido a un destino fijado, invariablemente, por el médico. La responsabilidad del profesional de enfermería es *«llevar a un paciente»* durante un turno de trabajo, de un colega de quien lo recibe a otro a quien se lo entrega en el parte; y esa limitación del tiempo, la variedad de objetivos (tantos como pacientes), marcan la subsidiariedad de la misión de la enfermería en el transporte del paciente por la *«ruta terapéutica»*. Una ruta intermitente, con presencias y ausencias; una ruta parcial, no de todo el itinerario que recorre el paciente en su hospitalización; una ruta que se completa por el colectivo, no por el individuo; una ruta que crea una imagen angelical de la enfermera, pero que al mismo tiempo le asigna los atributos de una empleada, de una chacha.

La atención primaria aportó a la enfermería una nueva forma de organización que modificó los esquemas tradicionales de ángel y chacha. El profesional de enfermería tiene asignados permanentemente un grupo fijo de pacientes, con lo que la relación que se establece es más parecida a la del médico que a la enfermería hospitalaria. La enfermera atiende a sus pacientes en todos los problemas, en la forma descrita en el capítulo anterior, y esto lo hace de forma continuada y hasta su resolución final. Por eso se constituye un vínculo estable

que en el hospital solo se produce si se consideran los profesionales de enfermería colectivamente. La metáfora de la *«ruta terapéutica»* tiene en atención primaria otro sentido diferente al del hospital: El profesional acompaña al paciente en todo su proceso clínico. El camino es común, como ocurría en el hospital con las rutas de médico y enfermo. Por eso aquí cobra sentido un término que no tiene relevancia en el hospital: El 'seguimiento' del paciente:

Aquí todo son tensiones y seguimiento de crónicos. [Laura, EP-23]

Nuestra consulta, en realidad, es el seguimiento de la consulta del médico. [Consuelo, EP-55]

A usted quién la sigue. [Comenta María, EP-27 a una paciente, con patología crónica, que atiende en la sala de curas por una urgencia]

El término *«seguimiento»* es en atención primaria una expresión metafórica, porque encierra el sentido de *«ruta terapéutica»* por la que se ha de acompañar al paciente, pero también la idea de 'control' de 'estilos de vida'. Los profesionales están controlando, detrás de los pacientes crónicos, y vigilando su estilo de vida para que sigan el camino recto y sin desviaciones; lo que le llevará a la salud o le evitará mayores padecimientos. Y quien guía por esa ruta es un profesional con nombre propio. La estrecha relación que se establece en este ámbito clínico, hace que cada profesional de enfermería tenga nombre propio. Es cierto que el trato es más coloquial que con los médicos, pero aquí todos los pacientes al referirse al profesional que les hace el seguimiento hablan de Luisa, Amelia, Julio o Laura. Se refieren a una persona y no a una profesión. Los éxitos y fracasos no son de 'las enfermeras de la planta' sino de 'su enfermera'. Aquí los pacientes sí utilizan el posesivo para referirse a los profesionales de enfermería; porque la relación clínica se establece con un individuo y no con un colectivo.

Enfermera de enfermos

La unidad del proceso terapéutico, que buscan institución, pacientes y médicos, exige un principio de unidad de acción en la ruta terapéutica, que obliga a una marcada jerarquía funcional en el equipo sanitario. Esa jerarquía se expresa,

en primer lugar y de forma plástica a través del tropo corporal, *«las enfermeras son los ojos y las manos del médico»*:

La enfermera es la mano derecha del doctor..., comparten trabajo... Él dirige y ella obedece.

[María, PM-57]

La enfermera es el segundo pie de la medicina. Cuando no está el médico es la que te saca adelante, con su saber y con lo que te da. [Miguel, PM-67]

La mano diestra del médico, los ojos que ven cuando él no está, el pie en el que se apoya el médico para sacar a delante al paciente, son imágenes todas ellas que remiten a la *«metáfora del cuerpo»* con el que entendemos muchos fenómenos, como analizaré más adelante al hablar del paciente. El cuerpo ha sido utilizado en muchas culturas, y la nuestra una más, para definir conceptos por la potente asociación con un elemento tan íntimo y directo como éste. Pero también para jerarquizar, que es un escalón más en la elaboración del conocimiento. Las partes más bajas, en contacto con la tierra, siempre han tenido una relación más íntima con lo telúrico, material y animal, y por contraste, la cabeza ha sido el asiento de los elementos más espirituales de las personas. Asumido este sistema de clasificación de las partes del cuerpo, se ha de considerar que lo que sujeta y da cobertura no es el elemento central y rector de la acción sino un apoyo. La metáfora de *«las manos, los pies o los ojos del médico»*, no hacen más que reafirmar que la función de vigilancia, a la que aludíamos más arriba, es una vigilancia vicaria, porque consiste en atender a ciertos signos de alarma, que de presentarse se ponen en manos del médico quien toma las decisiones que conduzcan a resolver la situación. Es una vigilancia, no de quien es responsable último de la situación sino de quien rinde cuentas; de quien ejerce una actividad delegada por el que dirige la acción: del *«sirviente»*.

Esta idea corporal, que hace que cada una de las partes contribuyen a la función total, pero a su vez el total es más importante que las partes, comparte características con otras metáforas similares, como la *«militar»* o la *«institucional»*, con las que se expresa la jerarquía interna del equipo asistencial en el que el médico ocupa la cabeza rectora de las acciones del resto de los órganos de la

institución, en este caso enfermeras, auxiliares, celadores, etc. Así lo plasmaba la hija de una paciente ingresada en medicina interna, que tras quejarse a las enfermeras por temor a que su madre fuera dada de alta sin solucionar un problema que consideraba grave, se disculpó más tarde porque comprendía que con las enfermeras es con quien descarga, y para justificarlo pone como ejemplo el intento de hablar con un ministro:

Empiezas por el bedel y luego otro y casi nunca ves a la secretaria y menos al ministro.
[Laura, FM-52]

En el organigrama de una empresa la dirección serían los médicos y cirujanos; y en la subdirección estarían ya una parte de los enfermeros... que son además los que van a realizar la labor que les van a decir. Además me ha llamado la atención..., [baja la voz] como es un tema muy delicado..., que ninguno se esmera en tomar decisiones propias. En caso de urgencia hay que atajar como sea... ¿no?... O sea, no se toman atribuciones que no les corresponde. [Jaime, PC-81]

Son múltiples los ejemplos de comentarios similares en los que se reconoce una realidad asistencial fuertemente jerarquizada, tanto en el hospital como en el centro de salud:

La enfermera es la que está a las órdenes más directas del médico y la auxiliar a las órdenes de la enfermera. [Consuelo, PO-71]

La enfermera tiene que estar al servicio del médico. [Matilde, PM-69]

El médico te trata muy bien, se sienta, te escucha..., te habla... [...] Bueno..., las enfermeras no es que te traten mal, pero cumplen con su obligación, te curan porque te tienen que curar, te traen la comida porque te la tienen que dejar ahí y... bueno... son cariñosas..., unas más que otras, pero yo nunca he tenido ningún problema. [Julia, PC-68]

El médico delega en el enfermero..., para no tener que hacer... Si hay que tomar la tensión la toma el enfermero..., si hay que hacer una cura... lógicamente la hará el enfermero..., si hay que hacer un análisis... [Alfonso, PP-79]

Viene a ser la auxiliar del médico. La ayudante principal del médico. [Victoria, PM-27]

Jerarquía incuestionable y unidireccional. Como dicen los pacientes, las enfermeras siempre están a las órdenes del médico y son buenas o malas profesionales en función de su capacidad para detectar problemas clínicos, que de ser graves, han de transmitírselos rápidamente para que él disponga la forma de solucionarlo. Más sutilmente un médico sitúa en su discurso esa jerarquía, subsumiéndola a cualidades profesionales de tipo humano pero devolviéndole al final todo valor primordial a aquellas tareas que emanan del cumplimiento exacto de las órdenes del médico (como un buen soldado):

Se encarga del cuidado del enfermo y yo creo que el cuidado en diferentes aspectos. Hay varios aspectos, que son la relación personal con el enfermo, una relación más personal, más psicológica, de ánimo, de estimularle. Luego una relación más profesional que es hacer el trabajo que tiene pautado, que es el de poner una medicación, tomar unas constantes o hacer el seguimiento de las instrucciones que tenga pautadas por el médico. [Residente Medicina interna, 5º curso-30]

El tratamiento social que reciben los médicos por parte de muchas enfermeras es una manera de asumir esa superioridad; como ocurrió cuando Catherine, supervisora de medicina interna, al presentarme a los profesionales de la unidad utilizó el nombre de pila para las enfermeras y añadió el apellido cuando el profesional era un médico; o cuando me recomendó contarle a los 'jefes' mi intención de entrevistar a 'sus' pacientes, a pesar de disponer ya de todos los permisos oportunos en el hospital. El trato personal de los médicos varía en función de la confianza que se tenga con cada uno, y por supuesto con la edad, aunque siempre se percibe esa superioridad jerárquica en actitudes cotidianas de muchas enfermeras que dejarán lo que están haciendo para atender a un médico que acaba de llegar al control y reclama su atención, interrumpiendo si es preciso una conversación con otro profesional de menor rango, de quien se supone que sabrá esperar.

Ciertas actitudes de los médicos en actos clínicos en los que participan enfermeras, adoptan una apariencia ritual ya que ciertos actos cobran sentido más por su valor como signo de jerarquía que por el interés técnico. Una escena que ilustra esta afirmación, y que se reitera de la misma forma en todos

los casos que se producen y con todo tipo de médicos (adjuntos, residentes, estudiantes), es la que presencié en medicina interna cuando los médicos iban a realizar una punción torácica a un paciente y avisan en el control para que vayan preparando el material. Marina tenía un día ajetreado y estaba sacando sangre a otra paciente para unos análisis. Preparó el material para la punción y lo envió a la habitación con la estudiante de enfermería. Ella pasaría un poco más tarde. Yo intenté entrar con la estudiante pero no me pareció oportuno, pues entre médicos adjuntos, residentes y estudiantes de medicina, podía haber alrededor de 10 personas. Un médico se acercó al control y preguntó por una celadora para acostar a un paciente. Nina, enfermera de la planta, se ofreció a ayudarla. Fui con ella y entramos en la habitación. La paciente a la que había que acostar era una ancianita muy delgada y de baja estatura; pesaría menos de 50 Kg. Me dirigí a la estudiante de enfermería para preguntarle qué problema había con la paciente que entre tantos médicos necesitan a un celador, y me contestó:

¿Y entre tantos en la punción, me tienen que decir a mí que abra la caja de frascos, que es tirar de un celofán? [Noemí, EsM-2º curso-20]

La paciente estaba situada en la cama y el médico, ante sus discípulos, iba manejando el instrumental con el que desinfectó la piel, pinchó en el tórax y conectó la aguja a un frasco de cristal de 1 litro de capacidad. Cuando acabaron y salieron de la habitación Marina retiró 8 frascos que están en el suelo y que tuvo que llevar a un cuarto de basura situado cerca de la zona administrativa, donde están situados los despachos de los médicos. El médico que realizó la punción le dijo a Marina que iba a prescribir albúmina y ésta le pidió que le hiciera el volante. El médico puso su nombre y su firma y se lo entrega sin cumplimentar y lanzándole una sonrisa. Marina también sonriendo irónicamente le dice:

Déjalo así que ya lo hago yo... Para eso estamos las enfermeras. [Marina, EM-44]

La ironía también es un potente tropo. Informa precisamente de aquello que no nombra: el desacuerdo con la norma. La enfermera asume la jerarquía pero no siempre es aceptada de buen grado. En la escena anterior la presencia de los estudiantes da énfasis al tropo. La jerarquía se destaca a través de un acto

clínico donde las personas representan unos papeles y mantienen unas actitudes, que por reiteradas y sin función técnica concreta, denotan una norma implícita. En esta escena la acción manual tiene un carácter diferente según quien la ejecuta: la del médico responde unívocamente a una de las funciones primordiales de su profesión: diagnóstico y tratamiento; la de la enfermera, o la estudiante de enfermería en este caso, es una tarea de intendencia a las órdenes del médico. En esta escena la metáfora de la <chacha> cobra su más pleno sentido. O en el comentario de Alfredo [EO-48], uno de los profesionales más valorados por los pacientes, y con más larga experiencia en la unidad de oncología:

A veces te comentan una situación familiar que... qué les cuentas..., que soy un mandao...

También Javier [EM-43] tiene alguna experiencia similar:

Una noche un residente me dijo “es que vosotros estáis aquí para hacer lo que yo os diga”.

En este ambiente tan jerarquizado se ha incorporado al modelo cultural que la enfermería trabaja para la medicina. Se habla de la enfermera del Dr. López, pero no parece adecuado, dentro del modelo cultural, decirlo a la inversa: El doctor de la enfermera Julia. La unidireccionalidad del posesivo crea la imagen de 'enfermera del médico'. Esta expresión sintetiza todas las metáforas de la <chacha>, del <ángel guardián>, la <militar>. Por eso cobra sentido metafórico y supera la literalidad de los términos, porque tiene implicaciones que crean unas expectativas muy concretas sobre el rol de ambos profesionales.

Hoy en día sigue siendo una frase coloquial, que admite el posesivo como economía lingüística. Pero con frecuencia genera cierta rebeldía entre muchos profesionales de enfermería como queda manifestado en las frases irónicas de arriba o en las siguientes:

Hemos pasado de enfermeras de pacientes a enfermeras de médicos. Yo he estado hablando con enfermeras, ha llegado un médico, que alguno entra en tromba y no respetan nada, y me han dejado para atenderle. [Rocío, EU-53]

Cuando una enfermera dice <yo soy enfermera de enfermos> está haciendo algo más que denotar una relación profesional lógica y evidente. Lo que hace,

principalmente, es negar la afirmación antagónica: *«yo soy la enfermera del médico»*. Las enfermeras al afirmarse como enfermeras de enfermos, connotan metonímicamente una relación más amplia que lo que indica la literalidad de sus términos: rechaza la servidumbre hacia el médico y se posiciona ante esa imagen; reivindica el protagonismo de la enfermera en la ruta terapéutica del paciente y se postula como profesional responsable de su cuidado; al paciente es ante el que debe responder de sus actos y no ante el médico. Es el reflejo de un empeño por el reconocimiento de su trabajo como parte de un proceso en el que el enfermo es el centro de atención y en el que otros profesionales participan. Esta metonimia pretende poner en tensión la metáfora militar y denunciar situaciones como la que se produjo cuando un traumatólogo llegó a medicina interna y dijo a la enfermera que un paciente necesitaba muletas para irse de alta; la enfermera que estaba preparando medicación para varios enfermos le respondió que eso había que pedírselo a la supervisora; sin mediar una palabra más el traumatólogo se marchó del servicio diciendo: *"Bueno, yo lo he intentado"*. Este traumatólogo actúa bajo la influencia de la metonimia *«yo soy la enfermera del médico»*. Esta metonimia se relaciona en una red de implicaciones conceptuales con las metáforas corporal y militar, y supone a la enfermera como un miembro periférico del cuerpo médico, activado por las órdenes procedentes de un centro superior (la cabeza rectora del cuerpo, donde se sitúa la medicina). La inacción del miembro no es culpa del centro neurálgico que emitió la orden oportuna para ser atendida, sino de la parálisis del miembro periférico, al que se le hace responsable del perjuicio al paciente. La metonimia *«yo soy enfermera del enfermo»* pretende evocar un marco cognitivo diferente (Lakoff, 2007) en el que la centralidad del proceso asistencial recae en el paciente y todos los profesionales asignados a su proceso son corresponsables del resultado, sin jerarquías rígidas en las que indicaciones de todo tipo, incluso de orden doméstico del estilo: "imprímeme las incidencias del día", "por favor, gasas" o "este paciente necesita muletas", se convierten en sentencias performativas de obligado cumplimiento, en una cadena de mando en la que la emisión de la orden descarga de la responsabilidad de la acción y la hace recaer en la persona para quien fue emitida.

Paciente

El motivo por el que existe una profesión sanitaria es porque existe previamente una situación contingente, los problemas de la salud humana, que han de ser atendidos. La forma en la que el profesional de enfermería interpreta y ve al paciente ha de considerarse un elemento de análisis crucial y que debería guardar cierta coherencia con el entorno donde se produce la relación con él. ¿Cómo ve la enfermería el padecimiento humano?, ¿cómo es interpretada la experiencia del paciente y cómo actúa ante ella?, ¿cómo designa y clasifica a los pacientes? y ¿en función a qué categorías? Son preguntas que se responderán en este capítulo y con las que se tendrá idea de los elementos cognitivos con los que actuará en su práctica profesional.

El término por el que se designa al receptor de los servicios que presta la enfermería, y en general las profesiones sanitarias, han ido variando conforme lo han hecho las distintas concepciones con las que se aborda el cuidado de la salud. Las tendencias más actuales, que buscan enfocar el objetivo de la atención sobre un individuo en cualquier fase de su continuo salud-enfermedad, han preferido el término usuario, perdiendo así la perspectiva hospitalcentrista y tradicional de una atención centrada en la enfermedad, y pasar a otra donde preocupa tanto la enfermedad como su prevención o el fomento de hábitos saludables. No obstante al llegar al hospital he podido constatar que las acepciones utilizadas para designar a la persona susceptible de asistencia sanitaria son las tradicionales: ‘paciente’ o ‘enfermo’; pero nunca se utiliza ‘usuario’. El término que tampoco aparece en el discurso de la enfermería hospitalaria es el de ‘cliente’, que se inició en Estados Unidos donde domina la idea mercantil de un servicio que se ha de adquirir en el mercado y no un derecho de la persona que los estados han de garantizar. En el trabajo de campo he podido constatar que las enfermeras directivos de atención primaria utilizan este apelativo, evitando así centrar su discurso en la enfermedad del paciente. A pesar de esto las enfermeras asistenciales de atención primaria siguen hablando, como en el hospital, de pacientes o enfermos, al ser este tipo de usuarios los que con mayor frecuencia acuden a

la consulta, como he indicado en el capítulo anterior. De todas estas posibilidades he optado por utilizar como genérico el término 'paciente', no solo por lo habitual de su uso cotidiano, sino también por ser el empleado en la documentación clínica del hospital.

Los objetivos institucionales, y las expectativas de pacientes, médicos, auxiliares y celadores, condicionan, cuando no imponen, unas prácticas que van configurando un proceso de construcción de la imagen del paciente según una visión biológica del padecimiento humano. La manera en que las prácticas cotidianas imponen unas lógicas, y los materiales cognitivos con las que se articulan, queda patente en los tropos manejados para referirse a los pacientes. Estos son auténticos esquemas proposicionales que ponen en marcha imágenes, ideas, conceptos y emociones; pero también acciones, devolviendo a la práctica una influencia renovada por nuevos conceptos, ideas y valores. Así veremos cómo, manejando viejas propuestas teóricas se incorporan elementos de otras novedosas, surgidas del campo de la enfermería, proporcionando así una rica, pero ecléctica, taxonomía con la que clasificar a los pacientes. El análisis tropológico de las expresiones con las que crean imágenes, que los profesionales manejan en la construcción de su universo cognitivo, permite observar que la fuente fundamental de representación del paciente y su padecimiento es el cuerpo doliente. La arquitectura corporal, como mapa por el que se mueve el imaginario profesional, y la zona donde se asienta la dolencia del enfermo, son los lugares comunes de los que surgen los tropos que nos remitirán a los campos cognitivos más significativos para el profesional de enfermería, y de los que parten los procesos cognitivos para ir configurando un universo de ideas, conceptos y valores con los que construye un saber al servicio de las necesidades del paciente.

El cuerpo enfermo

La experiencia corporal es primordial en el ser humano, como fuente de significación, y sobre un campo cognitivo evidente, el tropo que proporciona significados más claros directos y aceptables es la metonimia. Este tropo dota de significado por contigüidad y su fuerza estriba en no salir de un campo

cognitivo, que originalmente es muy valioso y representativo para el grupo social que lo maneja. Quizás los tropos que primero nos impactan en el trabajo de campo sean las metonimias que utilizan el cuerpo humano como elemento de significación:

1) *«El paciente es la parte enferma del cuerpo»*. Es constante la apelación a partes del cuerpo para referenciar a un paciente concreto:

Me bajo a rayos los tórax [Miguel, CM-22] Para referirse a pacientes a los que hay que realizar una radiografía de tórax

Viene el riñón de quirófano [Antonio, EC-38] Hablando de un paciente que ha sido operado de riñón y al que se le espera en la planta

El Dr. Lomas es el que lleva las próstatas abajo [Marga, EO-49] El Dr. Lomas atiende en consulta, situadas habitualmente en las plantas bajas de los hospitales, a los pacientes con afecciones de próstata.

¿Te ha llamado la atención algún culo? [Merche, EM-32] Referido a lesiones cutáneas en la región glútea, y que son muy habituales en los pacientes que pasan largos periodos de tiempo en la cama.

Estas expresiones metonímicas, no dejan lugar a dudas de la centralidad que ocupa el cuerpo humano como elemento estructurante del dominio cognitivo que es el paciente. Sobre él se articulan imágenes de órganos y sistemas que funcionan en interconexión continua. El órgano enfermo es la imagen que representa al paciente y de la que derivará la mayor cantidad de información tanto diagnóstica como pronóstica. Esta metonimia guarda una relación directa con la que informa del paciente por la especialidad médica que atiende su situación.

2) *«El paciente es la especialidad médica que le atiende»*. El paciente es un 'otorrino' [otorrinolaringología], un 'nefro' [nefrología], un 'trauma' [traumatología], etc.:

Son pacientes con pluripatologías, muy mayores... [Catherine, SM-55]

Aquí tenemos sobre todo paciente geriátrico, con unos niveles de dependencia muy grande...

[Sonia, EM-28]

3) Y en consecuencia la evocación de la *<enfermedad>* está presente desde el principio; siendo el sistema de denominación más generalizado:

Ah, bueno..., es que tú no le conoces. Es una pseudoobstrucción intestinal que al principio no le iban a hacer nada y después le han dejado aquí haciendo pruebas [Marisa, EM-33]

Esta es una paciente con un aneurisma abdominal y otros problemas de tensión arterial...

[Nina, EM-38]

Es un TEP [Tromboembolismo pulmonar] [Merche, EM-32]

Era una monoplejía muy extraña, porque no movía el brazo pero sí mano y muñeca...

[Merche, EM-32]

El *<enfermo es la enfermedad>* es, por obvio, una metonimia que casi aceptamos con naturalidad y supone prácticamente una descripción literal del paciente: el paciente es un 'cardiópata', un 'nefrópata' (enfermo del corazón o del riñón). Parece lógico que esa sea la acepción más utilizada si consideramos que estar en un hospital suele significar estar enfermo. Su importancia radica en la fuerza expresiva que continúa manteniendo en el ámbito clínico: la explicación satisfactoria del problema, y sus causas, que indica claramente una línea de actuación terapéutica. Pero su contrapunto es el riesgo de cosificar al enfermo transformándole en un objeto técnico. Etiquetar al paciente como su enfermedad implica el riesgo de enfocar la atención en los procesos fisiológicos que se han de reparar para recuperar el equilibrio orgánico, olvidando, cuando no menospreciando, las percepciones y emociones que su trastorno conlleva.

4) En el estudio de la enfermedad un apartado de gran trascendencia es la realización de pruebas diagnósticas. La remisión a los departamentos donde esto se realiza es un trasiego continuo durante la mañana, y los diálogos entre las enfermeras, auxiliares y los celadores encargados del transporte son ricos en expresiones que indican la importancia de esta categoría analítica. La

metonimia *«el paciente es la técnica con la que se le estudia»* destaca elementos de gran importancia en la práctica cotidiana de las enfermeras y que acentúan características relevantes del paciente:

- *¿Te llevas la colonoscopia?* [Merche, EM-32]
- *No; antes me llevo las endoscopias y los rayos* [Mariola, CM-38]

La información relevante, la que tienen valor práctico, la que sirve para resolver los problemas con los que se enfrenta la enfermería cotidianamente se centra en el cuerpo enfermo, en la parte que padece el trastorno, la enfermedad concreta y también la especialidad médica a la que pertenece su dolencia, y en consecuencia también las pruebas complementarias con las que se estudia, confirma o descarta, su enfermedad y que además constituye una parte muy importante del tiempo de trabajo de la enfermera y de sus preocupaciones profesionales, como he analizado en los comentarios que transcriben al Gacela. El cuerpo doliente, por ello, es receptor de múltiples atenciones, y estas son origen de tropos de una gran fuerza expresiva, lo que explica la difusión de su uso en la práctica clínica. Una segunda línea de clasificación es el cuerpo como receptor de acciones concretas, lo que confirma más, si cabe, la fuerza de la experiencia práctica como fuente de elementos cognitivos.

El cuerpo receptor (diana)

Estados del paciente a los que le lleva su enfermedad o tipos concretos de actuaciones profesionales tienen un gran interés cognitivo para la enfermería y cobran sentido clasificatorio:

1) *«El paciente es la situación clínica que deriva de la enfermedad»*, es otra metonimia con la que se designan a ciertos pacientes por el signo principal que presentan en el momento actual: incontinentes, agónicos; y que deriva lógicamente de la concepción biologista que impregna la percepción del paciente:

Una paciente con deterioro cognitivo, por un parkinson. [...] Creo que se debe vigilar porque ahora la señora es autónoma pero si se le va la cabeza habría que ajustar el horario. [Marisa, EM-33]

El deterioro cognitivo es un esquema proposicional de una 'situación clínica' completa; a saber: sitúa el problema en una localización anatómica concreta, la cabeza; supone una pérdida funcional de esa estructura anatómica; tiene su origen en una enfermedad; esa enfermedad tiene un tratamiento; es posible establecer un pronóstico de su evolución; la evolución desfavorable debe conducir a una modificación de las actuaciones actuales. La categoría actual de 'autónoma' sitúa la problemática clínica en un punto a partir del cual pueden ser necesarias acciones complementarias. Las enfermeras manejan como base de sus juicios y actuaciones el problema clínico por excelencia que es la enfermedad biológica, pero seleccionan, y acentúan con tropos, cierto tipo de signos clínicos que les marcarán el camino de la praxis profesional. La perspectiva pragmática del conocimiento del paciente, y de su tratamiento, queda patente en esta charla que mantiene Elvira con una estudiante de 2º curso:

- *¿Qué se vigila al poner clexane, adiro, etc.?* [Elvira, EM-27]
- ... [Virginia, EsM-2ºc]
- *Se vigila si el paciente tiene alguna prueba en la que pueda sangrar [colonoscopia, etc.]. Se suele pautar a la comida para que si surge [una prueba a lo largo de la mañana] se pueda hacer. Si está puesto hay que suspender. ¿El aspecto del paciente es de un obeso normal?* [Elvira, EM-27]
- *Sí.* [Virginia, EsM-2ºc]
- *No. Solo es grande el abdomen, por ascitis, que es un edema abdominal. Es un hepatópata, tiene una insuficiencia cardíaca y tiene una descompensación hidrópica. Por eso la tripa. Tiene diuréticos para perder líquido, pero el problema es que pierden potasio. ¿Qué pasa al perder potasio?* [Elvira, EM-27]
- ... [Virginia, EsM-2ºc]
- *Que se bloquea la bomba sodio/potasio cardíaca y se puede parar el corazón. Eso pasa en las anoréxicas y las que toman diuréticos para perder peso* [Elvira, EM-27]

Esta sesión docente con una estudiante es representativa de lo que centra el discurso de las enfermeras cuando están en actitud de enseñar a sus alumnas. Las explicaciones abordan las enfermedades y su tratamiento. Posteriormente me explica que a ella lo que más importante le parece es:

Que los alumnos conozcan los tipos de pacientes. No me interesa que sepan si el paciente tiene una insuficiencia cardíaca congestiva derecha o izquierda, sino que el paciente es un cardiópata y qué cosas hay que hacerle y qué vigilar. Que el paciente es un hepatópata o un paciente respiratorio. Que sepan distinguir lo que es una obesidad de lo que no le es. [Elvira, EM-27]

El interés clasificatorio está orientado a destacar aspectos prácticos de la atención que las enfermeras deben dispensar a sus pacientes, más que intereses especulativos sobre el conocimiento de la enfermedad y sus consecuencias. Por eso se puede observar que esta perspectiva pragmática del conocimiento enfermero clasifica de muy distintas formas a los pacientes, en función del tipo de atención que va a derivar de la característica elegida para diferenciarlos.

2) *«El paciente es la técnica que se le aplica»*. En informaciones rápidas sobre pacientes que van a ingresar, trasladar a otra unidad, etc., es frecuente acudir a dar noticia de su enfermedad y las técnicas más relevantes de cara a la atención que se les ha de prestar:

Vienen todos con curas; el paciente x es un trocánte que tiene placa y un talón sin placa [Raquel, AM-32]

Has curado el catéter [María, EM-38]

Hoy tengo que curar cuatro portas [Alfredo, EO-48]

Te suben una de la UVI pero tranquilo, viene bien, con unas gafas [Elvira, EM-32]

En este último caso, al indicar el uso de gafas [nasales]²¹ es señal de situación respiratoria poco comprometida. Además la combinación de dos categorías, unidad de origen y dispositivo mecánico, informan de un posible pronóstico

²¹ Dispositivo de administración de oxígeno que consiste en dos cánulas de 2 cm aproximadamente, que se introducen por los orificios nasales

favorable inferido por la progresión en el tiempo de una situación previa grave (UVI) a una menos grave (gafas).

3) *«El paciente es una posición en la escala del tiempo»*. El tiempo es un concepto que manejamos a través de metáforas, por la dificultad de aprehenderlo (Lakoff y Johnson, 1998), y que también nos sirve para marcar significativamente determinados acontecimientos de especial relevancia para nosotros. La perspectiva cronológica del paciente tiene una transcendental consecuencia práctica que ni escapa a la medicina, ni a la enfermería, ni a la bioética, ni al conocimiento ordinario. El *«enfermo terminal»* es una metáfora que sitúa al paciente al final de la línea del tiempo, con la que nuestra cultura representa la vida humana. Pero además esta metáfora, genera una red de implicaciones que acentúan la irreversibilidad de la situación: *«La vida es un tránsito (camino) en la línea del tiempo que tiene un principio y un fin»*, una escala está subdividida en fases, *«en el punto final de la escala está la mayor gravedad»*, *«la última fase (terminal) es un punto de no retorno»*. Situado el paciente en esa posición las consecuencias clínicas son importantes, porque todo intento de revertir la situación puede ser considerado 'encarnizamiento terapéutico'; porque indica el momento a partir del cual determinadas actitudes terapéuticas no serán consideradas criminales; y porque a partir de ese veredicto el paciente es atendido y medicado de forma distinta, entra en una categoría que es designada por el término que apela a un tipo de tratamiento *«enfermo paliativo»*:

La 17 ha pasado a paliativa... Claro ayer la familia empeñada en dar de comer [Javier, EM-43]

La paciente es una no-rcp [no se le hace reanimación cardíaco-pulmonar] y la están transfundiendo y haciendo pruebas los residentes. [Marina, EM-44]

La metáfora *«el paciente es una posición en la escala del tiempo»* es un esquema proposicional que incluye la descripción de la situación clínica en la que se encuentra, el pronóstico, los objetivos del tratamiento médico, los objetivos de la atención de la enfermera, las actitudes de los profesionales con el paciente en primer lugar, y también con los familiares y la previsión de acciones cuando se produzcan situaciones esperables. Elvira describe una escena pasada, en la

que un residente altera el procedimiento esperable en una paciente en cuidados paliativos, y tras sacar ella 5 tubos de sangre de la paciente para analizar, en 10 minutos llega el residente con otro volante para hacer otra extracción:

Esto viene de hace tiempo que coincidí una noche con él y me pasó lo mismo, pero con una paliativa. Me dijo la señora: ¡No me pinches más, si total me voy a morir igual!

4) *«El paciente es el grado de dependencia de la atención de enfermería»*. Esta metonimia habla de pacientes *«autónomos»*, *«dependientes»*, *«encamados»*, etc. Enfermos, que con independencia de su enfermedad de base, necesitan, o no, atención en actividades tan básicas como la higiene personal, la alimentación, la movilización o la evacuación. El término Actividades de la Vida Diaria (AVD) expresa aquellos cuidados básicos que todas las personas nos proporcionamos diariamente para conservar la salud y la sensación de bienestar. El individuo sano es capaz de aplicárselos de forma autónoma: higiene, alimentación, evacuación, movilización, son las principales acciones que condensan estos cuidados. Las categorías que describen a los pacientes respecto de este concepto condensan esquemáticamente gran cantidad de información implícita, al informar de la capacidad del paciente para proporcionarse determinadas atenciones. Un paciente 'autónomo' no tendrá dificultad alguna para aplicarse estos cuidados. También se le puede denominar 'independiente' (IAVD):

Era una monoplejía muy extraña porque no movía el brazo pero sí mano y muñeca... Por lo demás el señor es autónomo y muy majó [Merche, EM-32]

Pero la amplia variedad de actividades que desarrollamos todos los humanos cotidianamente hace que la clasificación sea más amplia. Mónica [EM-35] me habla de varios tipos distintos de pacientes:

Los parcialmente dependientes que son aquellos que suelen presentar dificultades para realizar algunas acciones y las enfermeras han de realizarlas por ellos; muy dependientes cuando no pueden caminar o no son completamente válidos; estos pacientes requieren muchos cuidados. Y los totalmente dependientes, estos requieren muchísimos cuidados.

Aunque como todos los extremos presentan sus aristas los, 'muy independientes' pueden llegar a ser problemáticos para las enfermeras si el paciente mantiene su independencia también en cuanto al criterio para aplicar las AVD acomodándolas a sus preferencias y no siempre en consonancia con las indicaciones de los profesionales:

Los muy independientes son los peores [Elvira, EM-27]

5) *«El paciente es su actitud ante las enfermeras y su atención»*. La categoría clasificatoria 'colaborador' se emplea frecuentemente para transmitir información sobre la disposición de este, y en ocasiones de su familia, a participar en los cuidados que se le dispensan. El paciente 'colaborador' es el que evita “molestar” para cosas nimias como acercarle algo a la cama, solicitar desde la habitación que se le proporcione algún producto o dispositivo, en lugar de acercarse él al control, etc. Por el contrario es 'no colaborador' aquel que no toma iniciativas en su cuidado y que reclama la acción de la enfermera para cuestiones que ella considera que podría realizar sin ayuda.

Una variante de esta categoría es la de 'demandante', que pareciendo un sinónimo presenta algunas particularidades. En el paciente 'no colaborador' hay una actitud pasiva en el cuidado personal; es el enfermo, o familia, que pudiendo hacer algo más por el cuidado del paciente no lo hace, y eso tiene como consecuencia la sobrecarga de las enfermeras. En el paciente, o familiar, 'demandante' encontramos una actitud más activa en la reivindicación de atenciones concretas: reclamar un medicamento a la hora exacta, o la cura o la gestión de una prueba; y no toman la iniciativa de realizar actividades como el aseo o la alimentación, solicitando esos cuidados a las enfermeras. Esta categoría es utilizada de forma diferente según se trate de una enfermera asistencial o directivo, y también en función a la visión de la profesión. Cuando a Marisol, en un día con mucho trabajo, la hija de una paciente le reclama el aseo de su madre, me comenta: *“Se ha enseñado fatal a la gente”*. Le pido que me explique un poco más esa afirmación y comenta que no se encuentran apoyadas, como colectivo, por la supervisora. Considera que la gente, en general, no tiene un conocimiento exacto de lo que es la enfermería, y pone el

ejemplo de las familias que pudiendo ayudar a sus parientes a lavarse lo exigen a las enfermeras, y ella opina que:

Ese no es mi trabajo y no tengo porqué estarle lavando, tengo que enseñarle a hacerse las cosas. Eso es una sobrecarga también. [Marisol, EM-39]

En la categoría podríamos añadir una variante muy manejada en atención primaria: *«El paciente es su grado de asiduidad en la asistencia a consulta»*. Caben en esta subcategoría aquellos pacientes que denominan 'frecuentadores'. Son pacientes que van a consulta asiduamente:

Les podemos dar recetas para dos o tres meses pero ellos prefieren cada uno, porque así vienen y te cuentan sus cosas y charlan contigo y pasan el rato. Muchos de ellos si no no salen de casa. [Manolo, EP-29]

Esta figura tiene dos caras, porque siendo un objetivo de la dirección de enfermería procurar que se capte a los pacientes y haya más población atendida por las enfermeras, hay direcciones que han demostrado que los frequentadores cumplen mejor las prescripciones, pero en consultas con agendas muy llenas supone una sobrecarga.

6) Por último, la *«situación administrativa»* también se destaca, en ocasiones, para designar al paciente. Así, puede ser el *«número de cama que ocupa»* 'el 25 ventana' o 'el 12 pasillo'. Pero también se habla de grupos de pacientes por su ubicación espacial. Cuando la supervisora asigna pacientes a las enfermeras que van a trabajar en un control, el término que les aplica hace referencia a su ubicación en la unidad en función a la numeración de las habitaciones. De esta manera, si en un control van a trabajar dos enfermeras una llevará a 'los primeros' y otra a 'los segundos'; pero si trabajan tres una lleva a 'los primeros' otra 'los últimos' y la tercera a 'los del centro'. Esto es un reflejo más de la ausencia de un vínculo clínico de una enfermera particular con pacientes concretos de los cuales fuera responsable durante el periodo de ingreso, como ya hemos analizado más arriba.

Otro concepto administrativo que se utiliza habitualmente en la designación de los pacientes es el de 'periférico', que se refiere a un paciente ingresado en la

planta pero asignado a una especialidad ajena al servicio médico (traumatología, neurología, geriatría, etc.). Cuando las enfermeras utilizan este término expresan una serie de dificultades en la atención al paciente que comienzan con la dificultad de comunicación con el médico responsable del paciente y continúa con el desconocimiento de las particularidades de cada servicio médico en la atención a sus enfermos: posibilidad de modificación de dietas, alteración de pautas en el tratamiento farmacológico o cura de heridas, etc.

En medicina interna he observado la asociación de algunos pacientes con campos cognitivos sorprendentes, como es el centro sanitario al que se remitirá tras el alta hospitalaria: *«el paciente es el hospital al que se le traslada»*. Son los 'fuenfrías' y los 'guadarramas'; aquellos pacientes que serán trasladados a dos hospitales de enfermos crónicos de la comunidad de Madrid: Hospital de la Fuenfría y Hospital de Guadarrama.

La máquina en el taller

El cuerpo es experimentado por el hombre desde su nacimiento, y eso lo convierte en una poderosa fuente de significación. La dualidad del hombre, que señalan Berger y Luckman (2003:64-72), de ser un cuerpo y a la vez tener un cuerpo, nos hace percibir la realidad exterior a través de él, proporcionándonos los límites que nos separan y diferencian del exterior. Pero también hace que nos experimentemos como entidad que no es idéntica a su cuerpo, sino que tiene un cuerpo a su disposición para actuar sobre el exterior y adaptarlo a sus necesidades. Al percibir el cuerpo como algo diferente a nuestra identidad tenemos la posibilidad de conceptualizarlo para tratar de comprenderlo. No es una mera unidad receptora de sensaciones que responde instintivamente a ellas, sino que es un elemento cuyas respuestas pueden ser percibidas cognitivamente y escrutadas para su comprensión. La necesidad del ser humano de externalizarse en actividad continua se fundamenta en su equipo biológico; pero se desarrolla en un entorno inestable y agresivo. Es un imperativo humano proporcionar estabilidad mediante acciones concretas. Este hecho biológico sirve como pretexto para la producción de un orden social que

garantice un orden, una dirección y una estabilidad necesarios a la existencia humana. Asimismo, toda externalización se produce dentro de un entorno social previo. El ser humano toma contacto con el mundo exterior con un desarrollo ontológico incompleto. Su maduración posterior se realiza en un entorno social previo, de manera que la actividad humana tiene sus primeros contactos con el exterior en un entorno que no es ya natural sino social; un entorno prefijado para proporcionar el equilibrio necesario y que hace que sus percepciones y respuestas ya estén moduladas por una realidad social preexistente. Esta relación tan íntima de la comprensión primigenia y el cuerpo permite explicar su fuerza como elemento explicativo del padecimiento humano y también la base material de la comprensión humana. Primeramente aprehendemos la información y comprendemos a través del cuerpo y de las sensaciones corporales. El cuerpo nos sirve después para interpretar la naturaleza en base a propiedades humanas, siendo el cuerpo fuente de significativos tropos como *«la cara de la montaña»*, *«delante del árbol»*, *«los brazos de mar que entran en tierra»*, etc. Igualmente nos es útil para interpretar necesidades tan vitales como las de la salud y referimos al cuerpo y sus partes, la identificación del enfermo y también las acciones expertas que practicamos sobre él.

Por ser un cuerpo, el ser humano experimenta la interacción con el entorno, y gracias a disponer de un cuerpo, se interpreta el entorno y se adapta a las necesidades cambiantes. Así el cuerpo es la imagen que se adapta a la cultura de los individuos para interpretar realidades muy íntimas y de gran valor vital para nosotros. A lo largo de nuestra historia el cuerpo fue vasija de alfarero moldeada por los dioses; pasando por recipiente ideal donde se mezclan humores en perfecto equilibrio; hasta llegar a nuestros días donde una poderosa metáfora habla elocuentemente de elementos altamente significativos en nuestra cultura y que refleja los discursos que sobre los paciente emiten los profesionales de enfermería: *«El cuerpo humano es una máquina»*. La visión mecanicista de la sociedad actual impregna la percepción de la enfermera. El paciente es una máquina bien ajustada, compuesta por órganos independientes que cumplen una función concreta, que sumada a las funciones de otros órganos producen un artefacto completo que actúa armónicamente.

Junto a esta metáfora tan actual y tan viva, el paciente se percibe a través de otra metáfora de importante calado cultural: el <canal> o <vía> (Lakoff y Johnson, 1998: 46-9). La imagen del cuerpo humano como máquina armónica se completa con vías interiores que comunican los órganos proporcionando su interconexión eficaz por la que circulan sustancias que la hacen funcionar con precisión. Se completa así la visión organicista del ser humano como dominadora absoluta del paradigma interpretativo de las enfermeras. Máquina y vía son dos metáforas poderosas que permiten reflexionar sobre el paciente e imaginarle como un ingenio mecánico, algo tan coloquial para nosotros que nos desarrollamos y desenvolvemos en una sociedad absolutamente plagada de máquinas.

La pérdida de dicha armonía funcional requiere la intervención de un experto que, conociendo los mecanismos íntimos de la máquina, resuelva introducir los cambios necesarios para restablecer el equilibrio armónico perdido. Máquina y vía vuelven a ser útiles para interpretar adecuadamente los fundamentos y procedimientos de reparación "ad integrum" del dispositivo afectado, devolviendo nuevamente el equilibrio a la máquina:

Canalización de vías [venas]

Voy a coger una vía a Luisa

A José le está pasando un medicamento por la vía central

Coger una vía periférica para pasar la quimioterapia

Sacar sangre por la vía central

Tengo que lavarte la vía

Hay que curar tres vías

La vía está permeable pero pasa despacio el suero

Ahora te enchufo, ¿vale?

Son expresiones cotidianas que están continuamente en boca de cualquier profesional de enfermería. Expresan cómo se conecta un dispositivo terapéutico al paciente a través de sus <vías de comunicación internas>, lo que permite introducirle todos los elementos sanadores que favorecerán la recuperación o el alivio de sus dolencias. La imagen generada por una visión mecanicista nos remite a máquinas, con tecnología de alta complejidad, que

son conectadas a dispositivos técnicos que permiten el diagnóstico, por el análisis de las partes que lo componen, y que reparan el mal aportando la energía necesaria: un coche que se conecta en el taller a una máquina de diagnóstico y reprogramación de los elementos informáticos o cualquier electrodoméstico que antes de su reparación el técnico lo analiza conectando dispositivos mecánicos: El hospital como taller. La máquina, cuando falla su funcionamiento normal, requieren abrir vías de comunicación que permitan fluir los elementos terapéuticos, y esta imagen nos remite a otra metáfora muy poderosa en nuestra cultura: *«La guerra»*.

- El paciente está invadido por virus
- Combatir la enfermedad
- Luchar contra el cáncer
- Impedir el avance de la infección

Socialmente la guerra es un recurso muy poderoso que nos genera referencias válidas para entender una discusión, como analizaron Lakoff y Johnson (1998), pero también el tratamiento de la enfermedad. Este concepto reificado es un enemigo a batir, y especialmente el cáncer, sobre el que socialmente hay toda una imaginaria dispuesta a entenderlo como un cuerpo extraño que avanza taimadamente invadiendo nuestro cuerpo (Sontag, 2005: 91-94). También las infecciones, como hemos tenido la oportunidad de observar a lo largo del año 2009 con la gripe A. La Organización Mundial de la Salud y los ministerios de sanidad, parecían ser organismos preparados más para la guerra que para una tarea civil. Sus partes semanales sobre el progreso de la enfermedad por los continentes, las perspectivas de progreso y las estrategias para combatir su avance parecían más un parte de guerra que la conferencia de unos científicos expertos en Salud Pública. Para hacer frente a una situación así la actitud ha de ser bélica, combatiendo al invasor mediante cirugía radical (cortar las vías de avance), fármacos (antibioterapia vs. guerra química) y elementos físicos (radioterapia vs. guerra nuclear). Además el cuerpo del paciente no está inerme frente al agresor. Nosotros disponemos de protecciones ante la enfermedad en actitud claramente guerrera, como no deja lugar a dudas la serie de dibujos

animados “Érase una vez el cuerpo humano”; un producto de gran eficacia en la socialización primaria y que presenta las defensas del organismo como un ejército, con aeronaves pilotadas por individuos con graduación militar. Haciendo uso de esta metáfora Nina trata de hacerme comprender las razones por las que se pone la mascarilla para entrar en una habitación de una paciente:

Hombre, está aislada [la paciente]... tal como tiene las defensas hay que tratarla como un trasplante. No tiene defensas. [Nina EM-38]

Incluso para referirse a la situación en la que la familia no puede hacerse cargo de todos los cuidados que precisa un paciente se denomina ‘claudicación familiar’, en clara alusión a valores culturales que responsabilizan a la familia del cuidado de las personas y que llegado un momento no pueden con el peso de la lucha diaria que supone el cuidado al paciente; en consecuencia claudican, se rinden.

Los tropos y las prácticas sociales

La etnografía analizada en este capítulo presenta unos pacientes prestos a ponderar ciertas cualidades de las enfermeras de carácter humano, que consideran básicas para el ejercicio de una profesión muy valorada por la sociedad, pero pocos en explicaciones sobre su actividad concreta. Solamente la pregunta directa arranca explicaciones que se limitan a referir un conjunto escaso de técnicas rutinarias que les aplican cotidianamente. Los dominios que manejan son propios de la cultura popular y realzan características propias de la imagen tradicional de la enfermera. Por otro lado las enfermeras manejan conceptos elaborados a expensas de una actividad cotidiana condicionada por los objetivos marcados por una institución que sitúa a la medicina como modelo explicativo y ejecutivo hegemónico y las expectativas del paciente como finalidad primordial a cubrir. Su discurso está cargado de elementos clínicos procedentes de sus prácticas y del conocimiento experto que comparten con

otros profesionales. Los tropos que manejan en el discurso dichos agentes sociales dejan patente estos extremos, al establecer asociaciones explícitas que indican la centralidad cognitiva de los dominios elegidos para la expresión de sus ideas, creencias y valores. Este proceso de elección es de gran valor cognitivo, ya que con estas figuras retóricas se rellenan aquellas lagunas que existen en el conocimiento, cuando no hay conceptos disponibles que explícitamente den buena cuenta de un fenómeno. Necesitamos entonces asociar imágenes que, por proximidad o por semejanza, nos permitan delimitar con contornos más precisos el concepto aludido. La riqueza con la que los seres humanos establecen estas asociaciones cumple importantes funciones cognitivas, como se ha indicado en la introducción de esta tesis.

Metonimias y pacientes

La metonimia es un tropo de gran riqueza expresiva ya que establece relaciones de contigüidad para connotar propiedades valiosas de un elemento y que atribuyen al objeto al que pretenden definir. Tiene una misión principalmente referencial, al centrar su atención en una característica relevante del objeto al que consigue, de esa forma, definir mejor y con mayor precisión. La característica que se elige como elemento comparativo es precisamente la que se considera culturalmente significativa. El pensamiento científico está más cómodo con este tropo, al existir proximidad entre los conceptos que maneja puesto que forman parte ambos del mismo dominio cognitivo. Se afirma en el dominio cognitivo porque es válido y completo estructuralmente para dar cuenta de lo que pretende definir. A pesar de eso podemos afirmar que la ciencia está llena de metáforas, incluso en la más abstracta, la matemática²² (Lizcano, 2006). Pero las evocaciones simbólicas de las metáforas, y también afectivas, son más incómodas para un pensamiento

²² Conceptos como cero, que procede de la idea de vacío, o raíz cuadrada de profunda raigambre agrícola, solo son posibles en un mundo imaginativo concreto y solo cuando las metáforas de una cultura penetran en otra, ajena a aquellos conceptos, pudo incorporarse al ideario científico una idea que anteriormente se rechazaba. Conceptos que proceden de metáforas ya muertas que con su desaparición han dado consistencia al concepto, a la idea.

científico positivo que prefiere ideas abstractas y concepto que hagan referencias literales a objetos concretos.

La enfermería utiliza la metonimia principalmente para definir al paciente porque el referente sobre el que pivotan las asociaciones es el cuerpo, y en nuestra cultura es de un valor inapelable. La potencia con la que expresa todos los fenómenos relacionados con la salud no hace necesario acudir a otro campo cognitivo. El cuerpo humano es el elemento primordial de comprensión al asentarse en la experiencia personal y original de cada individuo. Comprendemos nuestra experiencia total a través del cuerpo. Somos un cuerpo subdividido en partes con sus funciones particulares: cabeza, piernas, ojos, boca, etc.; sentimos e intercambiamos por medio de partes del cuerpo: piel, tacto, alimentos que ingerimos y eliminamos; y desde que tenemos memoria de nuestros padecimientos, han sido sentidos y explicados como dolencias de elementos constitutivos de nuestro cuerpo que forman una estructura armónica, la cual se pierde cuando existe una enfermedad que nos perturba. Este conocimiento primordial es convalidado socialmente por instituciones y profesionales que se articulan alrededor de él y que prestan su servicio pensando en los individuos como cuerpo enfermo. Los tropos que manejan, especialmente enfermeras, médicos, auxiliares y celadores, y también pacientes, utilizan como elemento de asociación el cuerpo y sus partes en primer lugar. El lenguaje sobre el cuerpo es un lenguaje preciso y directo que relaciona al enfermo con su padecimiento, con sus causas y sus efectos. Las expectativas de pacientes, médicos e institución están concebidos en metonimias que tienen el cuerpo como su eje de giro: el cuerpo enfermo; el cuerpo que manifiesta su malestar a través del signo principal; el cuerpo explorado; el cuerpo intervenido por las acciones (técnicas) de la enfermera.

Metáforas y profesión

En ocasiones no encontramos, dentro de un campo cognitivo, elementos válidos que nos permitan aprehender, delimitar y describir el concepto que queremos definir. Cuando esto ocurre acudimos a la metáfora, cuya función cognitiva se basa en la asociación de imágenes pertenecientes a dominios

cognitivos distintos. Así podemos definir algo, para posteriormente comprenderlo y si cabe utilizarlo, acudiendo a elementos que no son el objeto que se define. Asociar conceptos físicos o espaciales, como hace la metáfora ontológica u orientacional, es uno de los procedimientos más básicos de la comprensión humana: Cuando nos referimos a un paciente situado en una posición temporal nos imaginamos un objeto en tránsito por una ruta que es el tiempo; el paciente es aquí un objeto que se desplaza. Observamos entonces cierta progresión cognitiva que nos lleva desde las metonimias, que definieron al paciente, hasta una metáfora orientacional, que es el eslabón más elemental en la función conceptual dentro de estos tropos. Igualmente la metáfora ontológica surge cuando tratamos de definir una actividad profesional: la enfermera lleva pacientes, que los comprendemos como objetos que transportamos y de los que ella es la responsable de llevar a un destino.

El siguiente paso de la comprensión tropológica consiste en que un conjunto de metáforas ontológicas puedan componer una metáfora estructural, que permita comprender una situación dada a expensas de subpartes que formen un concepto metafórico que sea internamente consistente. Las metáforas estructurales, al utilizar conceptos complejos y bien delimitados, basándose en cierto isomorfismo de estructura o de modelo, permiten describir muy bien otro concepto en términos altamente abstractos y elaborados, al cual podemos referirnos, cuantificarlo, relacionarlo. Un elemento fundamental en la comprensión es la emotividad que promueven los fenómenos u objetos a los que nos referimos. En consecuencia una de las propiedades más potentes de las metáforas es la capacidad con la que activan emociones y afectos, positivos y negativos, que permiten aceptar ciertas descripciones como significativas, al producir asociaciones entre imágenes concretas y las emociones que ellas nos promueven. Este es el elemento de significación principal de las metáforas textuales.

La ciencia positiva busca la relación directa, unívoca y por consiguiente inequívoca, de los conceptos que maneja, y trata de evitar con empeño metódico la textualidad al explicar los fenómenos que la ocupan. Pero la sociedad es poliédrica y ambigua. No dispone de una realidad exterior

verdadera e inamovible que se puede observar neutralmente desde la atalaya de laboratorios sociales. Por eso los discursos de los individuos suelen manejar más de una metáfora para definir las diferentes caras que presenta un mismo objeto según la perspectiva desde la que se le mire. Es más fácil, por tanto, encontrar en sociedad la definición de una profesión con varias metáforas estructurales, como *«la enfermera es un ángel de la guarda»* y *«la enfermera es una chacha»*, que descripciones que se ajusten a principios científicos o a realidades empíricamente constatadas. Se suma así, a la lógica de las premisas utilizadas, la fuerza afectiva de las asociaciones textuales. La capacidad descriptiva de un conjunto de metáforas, que pretendan definir una realidad social y componer un concepto metafórico, es que cumplan, al menos, con la propiedad de la coherencia (Lakoff y Johnson, 1998: 138). En el caso de estas dos metáforas vemos que la coherencia se basa en que ambas aluden a funciones comunes propias de ángeles guardianes y de chachas: asumir la vigilancia y atención preferente al enfermo y ejercer esta función en una estructura claramente jerarquizada, donde ocupan un papel secundario. El ejercicio voluntarioso y abnegado a su misión es otra de las características que nuestra sociedad asigna a las dos figuras. Una vez establecido este nexo metafórico, la posibilidad de recorrer todas sus implicaciones, comunes o no, ya que las metáforas son coherentes pero no consistes, nos descubre las múltiples caras de la profesión en una red de asociaciones (Fernández, 2006a: 68-9) que definen a un buen profesional de enfermería mezclando habilidades manuales con conocimientos técnicos expertos y añadiendo cualidades humanas en un cóctel de un elevadísimo valor moral. La relación de lo celestial y de lo profesional, permite a los individuos utilizar sus distintas dimensiones ajustándolas a las circunstancias, inclinando la balanza de un lado o de otro según criterios particulares, circunstancias, intereses, ideas o valores personales o sociales. Las metáforas permiten pasar de la 'profesionalidad', con sus capacidades manuales e intelectuales, a la 'humanidad', con la influencia capital del trato amable, cariñoso, comunicativo, servicial y familiar. Sin llegar a contradecir el modelo cultural, que entiende a la enfermería como profesión servicial a las órdenes del médico, los discursos de los pacientes se ajustan a teorías explicativas particulares que utilizan elementos del modelo cultural y de las experiencias y creencias personales, haciendo un conjunto

consistente y no contradictorio, a pesar de no acomodarse necesariamente a las prácticas y lógicas de los profesionales, que manejan otras teorías explicativas (García, 2002).

La enfermería también utiliza profusamente elementos procedentes de distintos ámbitos. Su interacción con el paciente y otros profesionales se da en un ambiente laboral que no es ajeno a la cultura que le rodea. De ese modo, los conceptos básicos que forman parte del discurso sobre el ser humano y sus relaciones con el entorno, siguen patrones teóricos propios del biologismo dominante. A esto se suman elementos cognitivos procedentes de las teorías y modelos conceptuales de enfermería. Los imperativos de la práctica cotidiana y la preeminencia de ciertos conceptos procedentes del universo teórico arriba descrito, dan como resultado una red de metáforas coherentes como *«la máquina en el taller»* y *«la vía»* que llevan a la *«ruta terapéutica»*, promoviendo redes de asociaciones que operan para describir la complejidad de una profesión en plena evolución conceptual. Estos tropos describen un mundo experto ambiguo y en tensión entre visiones que se contradicen pero que también se complementan. Conjugando elementos estructurales y textuales se permite acomodar las disonancias de la práctica real con las lógicas que proceden de teorías culturales y expertas, y que proporcionan orden y coherencia a las teorías explicativas que manejan los profesionales. En los próximos capítulos analizaré la forma en la que la enfermería resuelve estas contradicciones con modelos y teorías con las que toman decisiones y describen y utilizan conceptos como cuidado y profesión enfermera.

CAPÍTULO 4. DECISIONES EXPERTAS

Las profesiones que tienen tras ellas un cuerpo de conocimientos más sustancial y teórico están más capacitadas para convencer a la sociedad de la necesidad de sus servicios (...) la referencia a un cuerpo teórico se hace cuando se trata de justificar decisiones referentes a los fines y en la aplicación de las técnicas los fines ya están decididos.

(Elliot, 1975: 143)

Un grupo experto justifica su rol mediante la solución de problemas agudos que la población común no es capaz de resolver por sí misma. Las profesiones son grupos expertos positivamente privilegiados (Weber, 1983), y cuya característica fundamental es la complejidad del sistema teórico en el que asientan sus decisiones y con el que legitiman su especificidad funcional. Esta propiedad de las profesiones, descrita por Parsons (1976), considera que sus miembros son la máxima autoridad social en la materia en la que son competentes, pero solo y exclusivamente en ella. A nivel social serán la máxima autoridad y a nivel laboral dispondrán de autonomía plena para decidir la forma de resolver los problemas planteados. El proceso de toma de decisiones se inicia formándose un juicio sobre algo problemático, que implica la identificación del problema y las relaciones causales que se establecen; la búsqueda y comparación de opciones alternativas para su resolución, y la elección de la solución que más se adecua al caso concreto. Este proceso deliberativo es común a todo ser humano. Cualquier persona toma decisiones continuamente sobre los problemas que le plantea su existencia biológica y social. La vida cotidiana suele resolver la mayoría de los problemas utilizando el sentido común y en ausencia de una metodología explícita que oriente al actor social. La cuestión radica en que las profesiones actúan sobre problemas complejos cuyo abordaje requiere un conocimiento especializado y un método sistemático que facilite la toma de decisiones.

El estudio de las decisiones aporta conocimiento sobre la forma de resolver los problemas que se le plantean en la interacción con el entorno físico y social, y eso nos permite conocer las ideas, conceptos, creencias y valores que

manejan en la deliberación, y también sus prioridades en la acción, objetivos, expectativas y límites para poder adoptarlas. Si las decisiones que adoptan los individuos son indicadores fundamentales en el conocimiento de cómo es, cognitivamente hablando, ese grupo, es especialmente relevante cuando estudiamos a un colectivo profesional. Pero además, este análisis es esencial si, como marcan los objetivos de esta tesis, se busca conocer el porqué de la coexistencia de dos modelos profesionales alternativos y las dificultades que están encontrando las propuestas teóricas modernas para establecerse como base de la transformación profesional que propugnan. Como se ha indicado en la introducción, la enfermería ha iniciado en la década de 1950 un movimiento teórico en el que modelos conceptuales enfermeros y método clínico (PAE) son un binomio inseparable en el logro de una profesión que se pretende autónoma y con legitimidad social, como así lo indican las autoras que defienden la transformación de una práctica situada en una visión tradicional a otra moderna con autoridad real para tomar decisiones en temas concretos. Las direcciones de enfermería del hospital y de atención primaria, donde se realizó el estudio, propugnan como modelo conceptual, en el que fundamentar la práctica de la enfermería, el de Virginia Henderson.

En el capítulo 2 he descrito unas prácticas profesionales marcadas por rutinas, particularmente en el ámbito hospitalario, centradas en los ritmos biológicos del paciente y en las prescripciones médicas. Una observación destacada ha sido que en el documento más representativo de la información que manejan los profesionales, los comentarios, apenas aparecen expresiones que puedan ser consideradas decisiones. Por eso en el presente capítulo será preciso responder a las siguientes preguntas: ¿Qué decisiones adopta la enfermería en la práctica asistencial?, ¿de qué dominios cognitivos obtiene la enfermería conocimientos para tomar decisiones?, ¿se puede delimitar un campo de competencias específico de una profesión, atendiendo al tipo de decisiones que adoptan las enfermeras en su práctica cotidiana?, ¿cuál es el procedimiento que adopta en esa toma de decisiones?, ¿qué aportan las novedades teóricas propuestas por las distintas autoras (especialmente el de Virginia Henderson) a la toma de decisiones?, ¿los profesionales modifican la manera de tomar decisiones clínicas, respecto al modelo tradicional, mediante

la incorporación de un método clínico concreto?, ¿el Proceso de Atención de Enfermería incorpora a la perspectiva teórica de los profesionales el modelo teórico que propone la autoridad promotora del método clínico?, ¿incorporar a la práctica cotidiana el Proceso Enfermero implica incorporar esa forma a la manera de pensar de los profesionales?, ¿utilizan las enfermeras soluciones emanadas de los modelos conceptuales de enfermería para resolver problemas de los pacientes? Pero dado que la actividad profesional se realiza en interacción continua con otros profesionales y con los destinatarios de sus cuidados, considero indispensable analizar su alcance; es decir, a quién afectan; quién se siente obligado por la orden enfermera. Esto permitirá evaluar la capacidad performativa de sus proposiciones y en consecuencia el poder real de influencia en el área sanitaria que la profesión reivindica.

Conocer para decidir

He librado el fin de semana y me encuentro perdida. [Nina, EM-38]

Tener un amplio conocimiento de la situación clínica del paciente es el primer paso para formarse un juicio sobre la problemática del enfermo y proceder a tomar las decisiones adecuadas. La metáfora *«la información es un objeto que orienta en la acción profesional»* expresa la necesidad de un profesional de manejarla para saber dirigir sus pasos con seguridad y tomar las decisiones pertinentes. Esta función de la información se pone en tensión cuando los profesionales se incorporan al cuidado de un grupo de pacientes tras un periodo de días libres o por rotaciones dentro de la unidad hospitalaria. Se presentan dubitativos ante los requerimientos de otros profesionales o de los enfermos cuando no disponen de suficiente información, como le ocurrió a Javier [EM-43] cuando una celadora le pregunta si el paciente, al que le van a hacer una radiografía, puede ir a radiología solo, y este responde:

No sé, hoy los llevo por primera vez.

«Llevar por primera vez» es sinónimo de desorientación, de escaso conocimiento, de dificultades para dirigir al paciente por la «ruta terapéutica». La enfermera responsable de un grupo de enfermos precisa de un conocimiento mínimo para poder asegurar una atención satisfactoria: La enfermedad del paciente, su evolución en las últimas horas, los dispositivos que porta, y las pruebas y actividades pendientes; así como cierto conocimiento sobre el carácter del paciente y familiares y su forma de relacionarse con los demás. Pero la asignación a espacios y no a personas, como se analizó en el capítulo anterior, dificulta la relación terapéutica con el paciente y con otros profesionales. Durante el tiempo que el profesional recopila ese conocimiento imprescindible, el tipo de trabajo que ha de realizar, que le obliga a iniciar su jornada ejecutando acciones técnicas como tomar constantes y administrar la medicación, hace que en ese primer día sea frecuente ir preguntando a los pacientes por el día de la operación para tomar la decisión de tapar la herida quirúrgica o no, preguntar al paciente día que ha ingresado, o:

Yo lo que le pregunto es qué le ha dicho el médico [Javier, EM-43]

La metáfora ontológica arriba indicada, «la información es un objeto que orienta en la acción profesional», nos permite interpretar la información como un objeto que nos orienta en el espacio profesional, como lo haría un mapa o un croquis. El poder evocador de esa metáfora se construye a partir de una red de significados que sugieren mapas con información abundante sobre el terreno en el que nos tenemos que mover: «más información es más conocimiento» y «más conocimiento es más orientación». La coherencia de esta metáfora con la de la «ruta terapéutica» es evidente. Este conjunto de metáforas nos permiten aprehender claramente lo significativo que para un colectivo experto es la información. Si más información es más conocimiento y más conocimiento es mayor capacidad de orientación en el espacio terapéutico en el que se trazará la ruta profesional, cuanto mayor sea el conocimiento de ese espacio profesional más capacidad se tendrá para convencer al paciente de que la dirección propuesta es efectiva y segura. Quien más información tenga más posibilidades tendrá de activar esta metáfora que da seguridad y confianza al receptor de la información.

Cuando no se posee información un experto *«está perdido»*, no sabe dirigir sus pasos a la consecución de un objetivo válido; la primera vez que llevan a un paciente les *«falta orientación»* a sus acciones. Más aun, cuando falta información falta la capacidad de dirigirse según un plan fijado de manera autónoma y se procede al albur de influencias diversas que no siempre seguirán objetivos controlables por el profesional. “*Trabajamos por inercia*” comentó Merche [EM-32] cuando una auxiliar le dice que ha de pesar a un paciente, y ella desconocía tal cuestión, que resultó ser cierta tras consultar con el médico. La metáfora *«La acción profesional es un objeto que se mueve por inercia»* crea la imagen de una actividad puesta en marcha sin que el actor tenga plena noción de la orientación de sus pasos, sino que es la acción de una voluntad ajena la que impulsa la actividad y que es efectiva por una suerte de técnicas rutinarias sobre las que no se requiere una deliberación racional para que alcance el objetivo clínico. Y es también coherente con la metáfora *«llevar camas»*, que contribuye poco a convencer a los usuarios de que la acción directiva de la enfermería a través de la *«ruta terapéutica»* es segura (situación que no se da en atención primaria donde cada enfermera se encarga de atender a los pacientes que tiene asignados de forma permanente). *«Llevar camas»* es una metáfora más compatible con una tarea técnica a las órdenes de otro que dirige los progresos por una ruta terapéutica (*«enfermera de médico»*), que con una responsabilidad profesional directa hacia un paciente (*«enfermera de enfermos»*). Este movimiento solo se puede redirigir por la acción de la información y el conocimiento profundo del enfermo. Disponer de información para poder actuar con cierta soltura y seguridad es un requisito previo de la acción profesional y favorece la transformación de enfermera de médico a enfermera de enfermos.

Pero la transformación que propugna el *modelo enfermero de cuidados*, como denominé en el capítulo 1 a las nuevas propuestas teóricas, se basa en una forma de conocimiento del paciente que se diferencie sustancialmente del conocimiento biomédico hegemónico. El *modelo biomédico* interpreta el padecimiento humano en función a un constructo teórico que es la enfermedad biológica, entendida como un conjunto de síntomas y signos que definen una función alterada y que están relacionados entre sí por medio de algún rasgo

anatómico, fisiológico o bioquímico peculiar, y que se relaciona con una causa precisa que explique todo el trastorno subsiguiente (Fauci, 1998:4). La misión de la medicina es la identificación y tratamiento de la enfermedad. La información que maneja el médico en el cumplimiento de su función son los datos biológicos alterados que indican la disfunción orgánica y que con técnicas farmacológicas, quirúrgicas o físicas, pretende reparar. El *modelo enfermero de cuidados* trata de romper con la dependencia sanitaria de la enfermedad, e interpretar la realidad sanitaria en función de constructos que expliquen la dependencia del paciente de cuidados enfermeros. Se entiende de tal importancia la información que maneja la enfermera sobre el paciente, que el discurso actual de las élites intelectuales centra los esfuerzos más en los sistemas de información que en las acciones concretas que se aplican al paciente. Plantearé en este capítulo cómo los principales esfuerzos de las gerencias de hospital y del área sanitaria, se orientan a fomentar el registro de información más centrada en las carencias del paciente en materia de cuidados que en los signos y síntomas de la enfermedad.

Las élites intelectuales que propugnan los cambios en la enfermería basados en las nuevas propuestas teóricas defienden insistentemente la importancia que tiene que el método para la toma de decisiones, el PAE, esté íntimamente unido a un modelo enfermero de cuidados, unas ideas y valores nuevos que orienten la atención de manera diferente a como lo hace un modelo biomédico basado en la resolución de problemas prioritariamente biológicos. El método clínico de toma de decisiones basado en el modelo teórico de Henderson, propuesto por la dirección del hospital, requeriría manejar los conceptos básicos expuestos en el anexo IX, y que brevemente se puede resumir en: 1º- valoración íntegra de las catorce necesidades básicas; 2º- atención a los 'factores modificadores' que puedan actuar permanentemente, como son la edad, cultura, situación social, temperamento y capacidad física e intelectual, y otros ocasionales dependientes de la enfermedad que aqueja al paciente; 3º- identificación de las 'fuente de dificultad' que generan 'dependencia' en el paciente: falta de conocimiento, de fuerza, tanto física como psíquica, o de voluntad; 4º- orientación de las decisiones clínicas de la enfermería a recuperar la 'independencia' del paciente mediante algunos de los tres niveles de

relación: sustitución, ayuda o acompañamiento. En atención primaria, el sistema utilizado para registrar los datos está basado en los Patrones Funcionales de Salud (Gordon, 1996) (anexo XIII). Son secuencias de conductas producidas en el tiempo y comparadas con comportamientos personales y sociales típicos. Los comportamientos que hagan que el individuo sea social e individualmente productivo, marcan el referente sobre el que se enjuicia la salud. Son una construcción y no una observación de hechos aislados.

Cualquiera que sea el sistema de valoración empleado (patrones funcionales o necesidades básicas), los cambios se producirían si la perspectiva teórica bajo la que se analizan los signos del paciente pretendiera incidir en las conductas del paciente para proporcionarse autocuidados que le mantengan sano, y por tanto funcional, como reza la definición de Henderson. Pero la simple utilización de un esquema de valoración que nominalmente clasificara los datos según unos apartados diferentes a los biológicos, no tendría ninguna trascendencia teórica y no iría en la línea del cambio propugnado por las élites intelectuales sino en la de consolidar el modelo biomédico pero dándole apariencia novedosa, como lo refleja el estudio de Wimpenny, mencionado en el capítulo 1. Es decir, modificar el esquema donde se registra un dato (notificar el aumento de la expectoración en la necesidad de respiración o patrón actividad-ejercicio en lugar de en el biomédico aparato respiratorio) no cambia nada si la enfermera que lo registra sigue pensando en un pulmón infectado por una bacteria que aumenta las secreciones y produce tos. Las decisiones en este caso, las prioridades y objetivos, estarían condicionadas por la enfermedad que hay que curar. La cuestión es si las novedades teóricas están aportando algo más a este relato del padecimiento humano y por tanto las decisiones de las enfermeras abordan áreas distintas a las que afectan al pensamiento biomédico.

La tarea de recopilar datos

Lo observado en el trabajo de campo indica que la información que maneja la enfermería no sigue un objetivo acorde a los planteamientos del *modelo de*

cuidados. Se constata por la observación de las prácticas de las enfermeras asistenciales, pero también por los discursos de las personas responsables del registro informático, aquellas personas que están directamente implicadas en la implantación de las novedades que propugna la dirección del hospital. Ana, que es una de las principales responsables de la puesta en marcha, desarrollo y control de estos registros, me comentaba que como consecuencia de un curso sobre teoría de enfermería se dio cuenta que en el hospital no se trabajaba según lo que se decía:

Me he dado cuenta..., yo creía que aquí estábamos aplicando el modelo de Virginia Henderson, y cuando empezamos con la asignatura de diagnósticos e Historia de la enfermería digo, "Dios mío, si siete años haciendo las cosas mal..." [...] Empecé a preguntarme, "cuando aquí hay gente que sabe mucho sobre el modelo de Virginia Henderson, o se le supone ¿no?, ¿por qué estamos trabajando con un modelo con el que no estamos trabajando?, ¿cómo hemos generado tantos planes de cuidados del modelo que no se ve por ningún sitio [...] Todos esos planes de cuidados están mal hechos, si nos los planteamos desde el modelo que se supone que nos planteamos desde hace siete años; que ese modelo no aparece en nada de lo que hemos hecho las enfermeras. [Ana, EG-44]

Cuando analizamos el discurso de las enfermeras asistenciales, al abordar estos temas, surge la potencia evocativa de los tropos para la generación de imágenes permitan interpretar unas novedades incorporadas a las prácticas y que hay que integrar con el resto de conocimientos expertos. Las metáforas dominantes en este proceso de recogida de datos son dos que guardan coherencia entre sí: *«La información es un objeto»* y *«la documentación es un recipiente»*. En el hospital la información se recoge del paciente, o de otro profesional, se recibe y se da, al igual que haríamos con un objeto:

Al llegar lo primero que hacemos es recibir el parte [Elena, EM-46]

Al llegar nos dan el parte [Sonia, EM-28]

Y esa información está contenida en recipientes específico que sirven para su depósito y transmisión de formas distintas; como ocurre con el parte, *«el parte es un recipiente»*, cuya información se transmite al principio y al final de cada turno y de forma verbal, o los comentarios, *«el comentario es un recipiente»*, que es un documento escrito que mantiene la información de manera permanente a

disposición de todos los profesionales. Uno de los intereses de esta tesis es analizar el contenido de ese recipiente; o dicho de otro modo, la naturaleza cognitiva de ese objeto. Retomando un comentario de Mónica sobre el parte, que registraba en el capítulo 2, se observan algunos interesantes indicios sobre la procedencia cognitiva de la información que resulta significativa para las enfermeras:

Primero te diría el diagnós... pues... cuál es el motivo de su ingreso, si ha ingresado ayer o por la noche..., pues... cómo vino, en que condiciones vino, si es portador de catéteres, de sondas, de... dispositivos equis...; cómo está, si está estable si está inestable, si hay cosas que están pendientes de hacer, alguna extracción o niveles de medicación que estén pendientes de sacar, si ha habido analíticas que no he podido y que te dejo pendientes, medicación que esté pasando y si tienen pruebas para esta mañana, si tiene que guardar ayunas o no y... si es un paciente colaborador, si ha habido problemas con la familiar, si está solo, si está tranquilo, si está agitado y necesita sujeción mecánica...; yo que sé... es que... tanto a nivel médico como del resto [...] Nos contamos así en general todos los pacientes, sobre todo los que están... los que necesitan atención especial...; los que están bien y tienen una patología ya más controlada, los pasas más por alto. [Mónica, M-35]

Tanto al principio como al final del relato, Mónica hace referencia a diagnósticos médicos y a patologías. Pero el comienzo muestra bien a las claras la intención de evitar el término 'diagnóstico médico' y utilizar el más aséptico de 'motivo de ingreso', lo que no deja de ser un eufemismo. En segundo lugar, aparece el binomio 'nivel médico-resto', que denota la supremacía de la información biomédica, al disponer de un término preciso para ser denominada y se relega a un 'resto' inespecífico todo lo que no es biomédico. El lugar privilegiado que ocupa la información biomédica en los procesos cognitivos de la enfermería, queda patente al observar en la entrevista la comodidad y seguridad con la que enumeran procedimientos técnicos relacionados con los procesos de diagnosis médica y tratamiento de la enfermedad, y cuando estos aspectos acaban y me pretenden justificar la información enfermera que aportan, el discurso se llena de circunloquios, vaguedades y frases inacabadas o pausas frecuentes para buscar el término con el que expresar lo que me quieren decir. Esta dicotomía no solo la encontramos en este comentario aislado sino que se consolida en una

estructura de valoración que es la 'Ficha de ingreso', que se cumplimenta cuando un paciente ha ingresado en la unidad y que forma parte del registro informático del hospital (el Gacela). Esta ficha tiene varios apartados, el primero es el 'motivo de ingreso', en el que la enfermera solo está autorizada a reflejar sintomatología que explique las razones que le llevan al hospital; a continuación los 'antecedentes personales', las 'conductas adictivas' y por último el apartado de 'otros datos':

Luego está el apartado de otros datos, que puedan interesar a nivel de enfermería: si es que el paciente es dependiente o es independiente, si es incontinente, si vive con su familia o vive solo, un poco la vida del paciente. [Cristina, EM-44]

Por otro lado la sistemática en la recogida de información no está marcada por los esquemas propuestos por el *modelo enfermero de cuidados*, sino por las prácticas rutinarias: recibir al paciente y ver el estado general, los dispositivos clínicos, conversar y familiarizarse con él y explicarle cómo es la habitación y la forma de contacto con ellas:

Le haces una valoración general; le preguntas al enfermo..., bueno si está... Le hablas y ya ves si está centrado, qué nivel de conciencia tiene... A mí me gusta ver la hoja antes de ver de qué le han operado [...] Veo un poco ya en general lo que tiene... y le ves las sondas que trae, los sueros, las vías y ya le preguntas un poco de qué le han operado..., por entrar un poco en conversación: cuándo le han operado, si lleva muchos días en la UVI, si tenía ganas de salir ya, si ha dormido... Bueno, luego te presentas [...] Le das el timbre y le explicas un poco si no conoce la habitación, "pues allí tiene el cuarto de baño...". [Beatriz, EC-42]

En atención primaria el registro informatizado se denomina OMI-AP (OMI a partir de ahora) y el sistema de clasificación de datos está basado en los 'Patrones Funcionales de Salud' y no en las 'Necesidades Básicas'. Aunque recibe más opiniones favorables que el Gacela, muchos de los usos y manejo que se hacen de él son comunes con el Gacela. En este primer caso se puede observar cómo la forma de manejar los datos no responde a los requerimientos teóricos que analizábamos más arriba:

Cuando entras [en el OMI] se despliegan los cuatro patrones básicos: Actividad-Ejercicio que está la tensión, Nutrición que está el peso, Percepción de la salud por si hay alguna

anomalía o algo nuevo que reflejes... y en los diabéticos para las cifras de glucemia capilar. [...] Hay miles de patrones, y llevarlos a la práctica sería buenísima cosa. [Luisa, EP-61]

De diagnósticos un horror..., un horror. Los patrones menos... Menos porque vas pasando y vas evaluando al enfermo por los patrones de salud..., además ahí en el ordenador y te es fácil hacerlo..., te es fácil hacerlo. [Begoña, EP-59]

Nosotros nos basamos en unos protocolos o patrones..., como se quiera decir... y... el que utilizamos nosotros se basa en el NANDA, que es el más internacional. Dentro del NANDA nosotros creamos un episodio: hipertensión, obesidad..., lo que sea. [Manolo, EP-29]

Pude observar en las consultas de enfermería que los 'patrones' son compartimentos estanco donde se introducen los datos obtenidos. Es más, es frecuente que las enfermeras utilicen indistintamente los términos 'patrón', 'protocolo', incluso 'episodio'²³, para designar los compartimentos donde clasifican los datos. Pero la enfermera lo que hace es obtener un dato que informa de un problema biológico, psicológico o social, activar una pantalla del ordenador e incluirlo en su casilla correspondiente. Por ejemplo el dato de la tensión arterial de un paciente se archiva en una casilla denominada 'Patrón de Actividad-Ejercicio', como podría ser 'Sistema Cardiovascular'. Lo que no se incluye es la reflexión acorde al modelo propuesto por la dirección del área, y que se expone brevemente en el anexo XIII. Esta percepción la corrobora Ana:

El problema que tenemos las enfermeras es que no sabemos valorar...; y si sabemos hacerlo no lo reflejamos. [...] No sabemos valorar... los datos..., aquellas... manifestaciones, conductas...; aquella información que presenta al paciente y que a mí me sirve para plantear mi trabajo. [...] Lo haces de una forma muy desordenada. [Ana, EG-44]

El contenido biomédico de la información ha quedado mostrado en el capítulo 2 cuando se analizaron los 'comentarios' que escribían las enfermeras al final del turno, en los que se puede comprobar cómo, de una forma abrumadora, los

²³ Un episodio es un problema de salud de paciente desde la primera consulta que origina hasta la última. Incluye las actividades diagnósticas, terapéuticas, preventivas y procedimientos administrativos.

datos informaban de la enfermedad y su evolución, de las pruebas diagnósticas que precisaban y de los tratamientos prescritos por los médicos, igual que indica Mónica para el parte del cambio de turno. Muy escasas referencias eran las que abordaban decisiones de enfermería y en ningún caso se puede considerar que la sistemática en la obtención y su registro de los datos y de decisiones, responda al esquema teórico propuesto por las direcciones. Tampoco el lenguaje utilizado para referirse a ciertas actividades profesionales abandona las metonimias basadas en la práctica diaria, en el cuerpo enfermo, como se analizó en el capítulo 3, y en las marcas comerciales. Incluso Rosa (enfermera con más de treinta años de ejercicio profesional y trece dirigiendo una unidad asesora de la enfermería del hospital en el tratamiento de las úlceras por presión), me habla de la tendencia de muchas enfermeras a huir del lenguaje técnico por parecer pretencioso, y utilizar comparaciones con las cosas más peregrinas extraídas de la vida cotidiana:

Usan un lenguaje coloquial... Dicen: "Está sucia, huele mal..., parece que está infectada...". [...] La gente no te habla con términos clínicos, para nada... No te dicen... es un tejido esfacelado. Ya estoy harta, harta, harta, harta de estar diciéndole a la gente que el alginato...; acabas diciendo que el alginato son esos apósitos que son como pelillos: "¡Ah!, los pelos". Lo demás son placas o espumas, los parches... [No el nombre del principio activo, sino la forma de presentación]. Y luego está el colágeno..., como me dijeron el otro día: "¡Ah! lo que viene tieso". [...] Luego el Confeel®, que fue el primer hidrocoloide que se introdujo en este país..., y que la gente a todas las espumas o apósitos hidrocoloides les llaman "el confil". Corpital® y Mepentol®, da igual, la gente lo sigue llamando Corpitol®. Que a la gente le da la impresión que el hablar de una forma un poco más profesional es cosa de redichos. [Rocío, EU-53]

En 1992 se empieza a instaurar en el hospital la herramienta informática, donde las enfermeras han de registrar los datos que ellas manejan en el cuidado del paciente y que incluye las gráficas de constantes, la ficha de ingreso del paciente, los planes de cuidados, las altas de enfermería, y los comentarios diarios. El OMI se ha instaurado en el área donde realicé el trabajo en 1998, e incluye protocolos de seguimiento de enfermedades (hipertensión, obesidad, diabetes, etc.) que se componen de la valoración periódica que se les ha de realizar, organizada por Patrones Funcionales, y las actuaciones que

precisan (por ejemplo, consejo higiénico-dietético). La realización del proceso que proponen estas herramientas informáticas son un imperativo metodológico que se ha argumentado desde la teoría enfermera como necesario para mejorar el cuidado, al recoger toda la información imprescindible para tomar decisiones, fomentar el trabajo en equipo, al permitir que todo profesional disponga de una información completa, hacer que esté disponible para la investigación enfermera información clínica relevante, y ser una prueba en caso de litigio legal. Las respectivas direcciones han creado departamentos para el seguimiento de los registros informáticos. En el hospital es dependiente de una subdirección y al cargo de una enfermera responsable. Pero esta iniciativa no es un fenómeno aislado en el hospital, sino a ella se han sumado progresivamente muchos hospitales en España. De hecho Ana se reúne mensualmente con las dos responsables de otros tantos hospitales (los dos universitarios, de más de 1500 camas y de referencia a nivel nacional). El éxito de la implantación de registros de enfermería, después de tantos años ha sido escaso:

El grado de cumplimiento de los registros en el hospital es bajísimo, y tiende a bajar, no tiende a subir. A pesar de que los esfuerzos sean mayores, a pesar de que se ponen los recursos, a pesar de que se imparten cursos de formación a todas las personas que se incorporan nuevas, tienden a bajar, nunca a subir, y es por la complejidad y el tiempo que lleva. [Carolina, DH-51]

Aunque mi experiencia ha constatado el uso generalizado del OMI en los centros de salud donde realicé el trabajo de campo (es preciso recordar que lo realicé en aquellos centros que me propuso la dirección), no debe ser así en toda el área:

Es muy heterogéneo su uso ¿eh?... a nivel del área. Incluso dentro de un mismo centro hay un profesional que trabaja por patrones y todo lo hace..., y sin embargo hay otros que no. [Raquel, DP-44]

Estos datos, aportados por dos subdirectoras, una de hospital y otra de atención primaria, coinciden con los de otro estudio (Granollers et al 2006; 31) en el que se lee: *"En Lérida se ha programado mucha formación y aunque ésta ha mejorado los conocimientos, no ha aumentado la utilización, dato que*

coincide con la bib liografía consultada". Y no solo el número de registros es escaso, sino que el tipo de información que contienen no satisface las expectativas de la dirección, como así me lo confirmó la propia subdirectora responsable del programa:

Las enfermeras utilizan el programa como una acción burocrática sin ninguna relación con el paciente. [Cristina DH-44]

Esta queja se inscribe en la idea de que los registros deberían de ser un reflejo de cómo ve la enfermera al paciente y, como decía Ana en una cita anterior, de "aquella información que presenta al paciente y que a mí me sirve para plantear mi trabajo". Los comentarios de esta subdirectora, Cristina, y de Ana, reprochan a las enfermeras asistenciales de cierta dejación de sus funciones al no pensar tanto en el paciente y en registrar aquello que sirve para el trabajo enfermero y plegarse a las necesidades de los médicos, o de la propia institución, mirando y reflejando la realidad conforme a una visión biomédica, que no es la propia de la enfermería. Algo que puede resultar contradictorio cuando la propia Cristina reconoce que:

No estamos hablando del cuidado sino del registro del cuidado. Se cuida bien, pero no se registra. Los pacientes salen satisfechos, tenemos unos indicadores de calidad buenos en cuanto asistencia en enfermería; ahora..., no se registra y así la investigación se va al garete. [Cristina DH-44]

Contradictorio porque si registrando mal se cuida bien habría que demostrar el interés práctico que para la asistencia clínica tienen los registros, lo que es más que discutible si atendemos a lo dicho por las enfermeras asistenciales, como expondré más abajo.

Las enfermeras siguen registrando tan solo lo que hacen y les resta por hacer. Quizás la complejidad de la metodología que se propone, para la confección de los planes de cuidados, sea parte de las causas de la resistencia de los profesionales a su uso:

A pesar del programa informáticos que te dirige, la metodología es tan compleja, lleva tanto tiempo que no se hace bien. Yo conozco la metodología [ha sido profesora de Fundamentos de enfermería durante 13 años], conozco el programa..., y lleva mucho tiempo. Y esto se

contrapone con que nosotros la asignación que teneros de enfermeras, el ratio enfermera paciente, dependiendo de los sitios es un ratio alto. Porque yo si te digo que la experiencia de enferma en otros países del mundo es que una enfermera lleva tres pacientes o cuatro.
[Carolina, DH-51]

Pero otro problema conocido, y reconocido por los directivos del hospital, es el de las enormes dimensiones que adquiere un plan de cuidados, lo que lo hace inútil para la práctica cotidiana:

De qué me sirve una historia de un paciente que sólo para resumirla tienes que usar un día entero [...] No puede estar un compañero tuyo cuando llegue al control, dos horas leyendo la historia tuya de enfermería. [Isabel, DH-48]

Sabemos que no es bueno, porque..., yo cuando recibo todos los meses los planes de cuidado, los objetivos evaluados, las altas de enfermería, ves que van en picado. Que es que la gente para que salgan unos resultados óptimos es que está alguien encima, porque naturalmente no se han incorporado [...] 'El 'alta de enfermería' no le dan valor ni la enfermera ni el paciente [...] Cuando van a atención primaria llevan el del médico, pero el de la enfermera se lo dejan en el bolso. "¡Uy!, me dieron otro papel'... Esto nos lo dicen cuando nos reunimos con los de primaria. [Tamara, DH-50]

Si a todos estos problemas le añadimos la escasa o nula resonancia que tiene la confección de estos planes en el cuidado del paciente, se entiende que los profesionales adopten como una enojosa tarea burocrática más sin relevancia clínica alguna:

Como además ven que como no es algo que vean que... que tiene repercusión real en que la persona se vaya a ir antes para su casa o vaya a salir mejor, pues entonces la gente no lo hace. [Lucas, EC-25]

Esta falta de reflejo en el cuidado del paciente de la implantación de una herramienta informática es común a atención primaria, ya que al preguntar por la mejora en el cuidado al paciente observado tras la incorporación de estas novedades metodológicas las respuestas han sido:

El cuidado al paciente no. La información al equipo sí. Pero la atención al paciente no.
[Marta, EP-52]

Y creo que los resultados son los mismos. [Rita, EP-36]

Probablemente no..., lo que pasa que lo tienen todo más sistematizado y más recogido. [Raquel, DP-44]

¿Qué sentido tiene entonces implantar una compleja sistemática de registro y de modelo de actuación, cuando se reconoce que el cuidado es satisfactorio, y parece que en ese terreno se dan los mejores indicadores posibles? Es decir, ¿si no hay nada que mejorar en el cuidado del paciente, para qué es necesario un cambio aparentemente tan traumático? Como colofón a todo este cúmulo de inconvenientes de la documentación clínica informatizada, se une un problema que es conocido también en la dirección del hospital, y es que los profesionales ven los registros como una imposición cuyo objetivo es permitir a los directivos realizar informes teóricos que no tienen ninguna repercusión directa sobre el trabajo de la enfermería asistencial:

Es uno de los objetivos del hospital..., el conseguir que... cuando salgan..., el que todos los pacientes tengan sus planes de cuidados. Pero yo creo que no consiste... en tener un plan de cuidados ahí... instaurado si no es real y si no nos sirve para nada [...] Aquí planteamos objetivos de que un tanto por ciento de los pacientes tienen que tener hechos los planes de cuidados... Y entonces es también algo que se las impone a ellas; cosa que también lo viven mal... y me parece normal..., porque rellenar hojas por rellenar... [Rebeca, DH-41]

Yo no he escuchado una sola crítica, una sola queja, de que un plan de cuidados esté mal hecho; pero he escuchado muchísimas porque no están hechos [...], porque son los objetivos que se ha fijado en este caso el hospital. [Lucas, EC-25]

A mí los temas burocráticos nunca me han gustado [...] No lo mira nadie [...] Quedará muy bonito en el ordenador, pero nadie lo utiliza; entonces..., no le veo futuro. [...] Burocracia que no te lleva a nada. [Beatriz, EC-42]

Me gustaría que cuando voy a la dirección a hablar de las cargas y eso..., vieran... con la visión del paciente que le tienes en la cama y que le tienes que atender; no con la visión del

objetivo que acaba el año [...] Sobre todo en enfermería, lo que prima más son... las altas de enfermería, los planes... lo que es el Gaceta. [Piedad, SC-50]

Y es que en realidad, ese objetivo, está en el ánimo de la dirección y no se oculta en la entrevista formal:

Además te voy a decir porqué [el grado de cumplimiento de los registros en el hospital es bajísimo y tiende a bajar]; porque las enfermeras que no están concienciadas y mentalizadas a que esto es una herramienta de trabajo, a que es nuestra profesión, a que tenemos que registrar lo que hacemos, a que es muy importante que consten los registros, es la única manera de analizar los datos, es la única manera de saber si tenemos que mejorar, si tenemos que progresar, de poder investigar, de poder utilizar nuestros propios datos para nuestras investigaciones. Pero la gente, como eso no lo tiene incluido en la cabeza, castigan a la Dirección de Enfermería o a la organización, con no cumplimentar los registros si hay bajas sin cubrir, si se ha trasladado a la gente, si ha habido cambios, si se ha cubierto en el verano, si tal... [Carolina, DH-51]

En efecto, Carolina centra la utilidad de la valoración en la necesidad de hacer constar el trabajo de las enfermeras y en realizar estudios que permitan mejorar futuras acciones: "Nuestras investigaciones", ¿que son y revierten en los directivos o en quienes obtienen y registran los datos? Esta información no les es útil a los profesionales asistenciales, y contra los argumentos de la dirección defendiendo la bondad de los registros, contraponen las enfermeras asistenciales razones no menos contundentes, como es la disminución del tiempo dedicado a la atención directa del paciente y la consecuente disminución real de la calidad de los cuidados. Para apoyar estos argumentos utilizan dos metáforas ya analizadas y que permiten describir un óptimo profesional. La *«enfermera de papel»* dedica parte de su tiempo al registro de actividades ya realizadas. La falta de utilidad clínica (en términos de cuidados del paciente) de esa actividad registral la convierte en un lastre para la dedicación del buen profesional, *«enfermera de enfermos»*, a la que resta tiempo efectivo de permanencia a pie de cama. Por tanto, ser una buena *«enfermera de papel»* se ve como incompatible con ser una buena *«enfermera de enfermos»*.

Vengo analizando en distintos apartados de esta tesis los condicionantes materiales que orientan las representaciones cognitivas de la enfermería. Unas expectativas institucionales que guardan relación con las de pacientes y médicos en la búsqueda del tratamiento de la enfermedad; una asignación de la enfermeras a unidades denominadas por un apelativo que evoca el órgano portador de la enfermedad que aqueja a los pacientes en ellas ingresados; un ambiente hospitalario pensado más para la acción que para la reflexión; una enfermera que es asignada a camas y no a pacientes, y cuya movilidad puede hacer que en una semana de trabajo no esté dos días seguidos con los mismos pacientes; una actividad centrada en los ritmos biológicos y terapéuticos del paciente, y una ruta terapéutica dirigida fundamentalmente por el médico en su coincidencia con los objetivos del paciente. En este ambiente laboral los imperativos pragmáticos dejan poco margen a la reflexión. Pero el ambiente profesional, retóricamente dominado por el discurso relacionado con el *modelo enfermero de cuidados*, exige a la enfermera asistencial que sea agente del cambio y adopte una actitud activa en la implantación de un método de trabajo que se dice imprescindible para el avance profesional. En estos discursos se promueven actitudes científicas de los profesionales asistenciales que serán los motores del cambio, pero los directivos, que son vistos como los representantes de ese *modelo enfermero de cuidados*, favorecen el imperio de rutinas manuales tan imprescindibles en el ambiente laboral arriba descrito. La consulta de enfermería ha supuesto un cambio importantísimo en la relación profesional con el paciente lo que ha modificado su papel y actividad como agente sanitario. Analizaremos más adelante cómo es visto por muchos profesionales como el paradigma de la enfermería moderna, pero en lo referente a la información, continúan teniendo vigencia los tropos analizados en el hospital, en los que se recurre frecuentemente a la metonimia basada en nombres comerciales o relaciones con el cuerpo enfermo y a metáforas ontológicas en las que la información y su registro se asimila a objetos depositados en un recipiente. Además las condiciones materiales de la consulta van a dotar al registro informatizado de unas propiedades de las que carece en el hospital, y es ser una guía de actuación de los profesionales, como veremos más adelante.

Aunque el discurso teórico enfermero promulga las bondades científicas de su propuesta metodológica, la realidad de sus acciones y los aprioris contenidos en sus exposiciones, no pueden ocultar las primigenias intenciones. Y es que el primer objetivo a cubrir por este expediente es de carácter contable. Un objetivo que apunta más a la gestión del personal de enfermería que a la innovación de la función de la enfermería, más a hacer visible lo que hacen las enfermeras que a proponer nuevos modos de hacer cuidados enfermeros:

Las enfermeras cuando hacen el plan de cuidados lo sobredimensionan porque ellas tienen el concepto de que hay que meterlo todo. [...] También es culpa nuestra..., nuestra me refiero a la institución..., de cómo se implantó. Porque se implantó como herramienta para imputar costes; herramienta para imputar actividad: "Y tenéis que escribirlo todo, porque tenemos que saber lo que hacen las enfermeras". La frase era: "Lo que no está escrito no está hecho". Y claro ahora la gente quiere poner que se pasa medio turno atendiendo timbres y eso te lo encuentras en los planes: atender timbres; retirar la bandeja de comida. [Ana, EG-44]

Una actividad impuesta, que cubre los objetivos de los gestores y de una prometida mejora profesional, pero con escasa o nula utilidad para su trabajo, por no tener incidencia directa sobre el cuidado que proporcionan a sus pacientes, se convierte en una actividad mecánica más; una tarea instrumental más. La actividad cotidiana de la enfermera está plagada de tareas rutinarias de las que da cuenta en los documentos que maneja: "se le ha hecho...", "se le ha subido...", "le han pedido...", "se le ha curado", y también lo que ha visto el médico, tiene pendiente..., etc. Esta información se transmite para dar cuenta de lo hecho y lo por hacer. Esta información es un objeto más de los tantos que manejan en su actividad cotidiana, que han de depositar en un recipiente digital. Y lo que es más relevante, y que trataré de demostrar en esta tesis: no se utiliza para pensar, en los términos propuestos por las nuevas teorías enfermeras, ni para tomar decisiones:

Me parece bien la metodología, si no fuera porque la conexión con la realidad no existe. Nos podemos engañar y empecinar, pero la conexión con la realidad no existe. Y no existe porque la metodología enfermera es muy compleja; más que la de los médicos, los ingenieros... Es complejísima. El lenguaje que utilizamos es complejísimo. Son frases complicadas, hechas, la mayoría importadas, que no se corresponden con la manera normal de hablar, ni siquiera con nuestra manera de pensar. [Carolina, DH-51]

Visualizar el valor profesional de la enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) nace como un método de toma de decisiones; pero como parte del movimiento teórico ha sido y es habitual encontrar en los textos de enfermería que se le compara con el método científico y se dice de él que es el ‘método científico de enfermería’. La American Nursing Association (ANA) incluyó en 1973 las fases del Proceso en los Estándares de la Práctica de la Enfermería. En España se comenzó a enseñar en las escuelas de enfermería en 1978, y se imparten constantemente cursos en los principales centros sanitarios del país (Carolina, en una cita anterior comenta que a todas las enfermeras recién contratadas se les da un curso para enseñarles a manejar el Gacela). Posteriormente el importantísimo desarrollo de los diagnósticos enfermeros tuvo como objetivo principal encontrar fenómenos clínicos de tratamiento exclusivo del profesional de enfermería, en una clara sintonía con el movimiento teórico que buscaba desarrollar el campo disciplinar. Se elaboraron también clasificaciones de criterios de resultados y de intervenciones para completar definitivamente una nomenclatura que diera unidad a práctica enfermera, organizando en sistemas clasificatorios todos los elementos que debería de incluir el proceso deliberativo que permitiera a las enfermeras tomar decisiones clínicas dentro de su ámbito de competencias. Estas últimas clasificaciones ya tuvieron una mayor tendencia a buscar la delimitación del campo profesional que el disciplinar. Las preguntas que cabe hacerse al analizar una profesión como la enfermería serían: ¿representa el PAE para las enfermeras asistenciales un método deliberativo que las ayuda a tomar decisiones?; ¿los diagnósticos de enfermería son categoría que suponen la representación cognitiva del padecimiento del paciente tal como lo perciben las enfermeras?; ¿suponen los diagnósticos de enfermería un sistema explicativo alternativo al biomédico?

Un método de toma de decisiones por si mismo no es capaz de transformar una práctica, si no lleva emparejado un marco teórico alternativo; salvo que la opción sea aumentar las competencias dentro del modelo tradicional. Es decir, o la enfermería es capaz de plantear soluciones nuevas a problemas de salud

analizados desde un modelo alternativo al biomédico, o asumen responsabilidades superiores dentro del campo de la medicina. Las enfermeras teóricas, en la intención de promover la transición de un oficio tradicional a una profesión moderna optaron por un cambio paradigmático que alejase a la profesión del positivismo biológico. El método para hacer realidad esa transformación era incorporar en la práctica un método de toma de decisiones, ajustadas a unos objetivos fijados por las propias enfermeras y que hiciera constar el valor real del quehacer enfermero en el proceso curativo del paciente. Como más arriba indiqué, muchas autoras lo asociaron explícitamente con el método científico. Esta relación de la teoría, el proceso, la ciencia y el progreso profesional, presentes en el hegemónico discurso de las élites intelectuales, han ido calando en la enfermería asistencial y muchas enfermeras ven en los expedientes informatizados un avance profesional:

El Gacela me parece superimportante [...] Pues porque con el Gacela puedes hacer el alta de enfermería y con él puedes dar un montón de información... por lo menos a la enfermera si va a un centro de salud al salir de aquí [...] Entonces me parece muy importante pero no se puede hacer porque no tenemos tiempo. [M^a del Mar, EC-27]

Lo malo no es el programa en sí, sino lo malo es el trabajo con los planes de cuidados. Para trabajar con los planes de cuidados bien hechos tendríamos que trabajar con el doble de personal, para tenerlo actualizado y que valiese para algo. [Jorge, EC-39]

Yo siempre he sido muy partidario de trabajar con metodología, y si puede ser una metodología propia enfermera..., y ya la hay..., y esta metodología enfermera se ha ido elaborando con los años y ahora mismo hay un cuerpo metodológico importante... Tengo que tener una metodología como la tienen que tener todas las profesiones. Si no hay una metodología, si no hay una teoría que me apoye lo que estoy haciendo, qué estoy haciendo. [Pedro, EP-52]

Yo vine aquí de enfermera de las antiguas [...] Al poco de estar aquí implantaron el OMI [...] Me parece utilísimo..., me parece una maravilla el evitar estar manejándote con la historia de papel [...] A un golpe de vista ya sabes que le han hecho un trasplante... [Luisa, EP-61]

Los patrones me han servido de mucho... Me parecen una buenísima forma de valorar. Yo todo lo veo, todo..., todo... Yo cualquier cosa que pregunte lo puede meter en un patrón. O cualquier patrón que veo digo: "Pues no le he preguntado esto". Es muy práctico; sobre todo a la hora de estar en una consulta que es así muy rápido y todo automático... y todo automático. [Mercedes, EP-27]

Pero es más, están tan unidas en el ideario de la enfermería asistencial esos cuatro conceptos (teoría, proceso enfermero, ciencia y progreso profesional), que en todas y cada una de las entrevistas formales que les realicé, al formular una pregunta sobre las innovaciones teóricas, en las que incluía los modelos teóricos, el PAE o los diagnósticos enfermeros, o la respuesta era un lacónico:

La teoría es muy bonita pero en la práctica... [Nuria, EC-24]

Es muy bonito (se ríe abiertamente) [Paloma, EC-41]

O el discurso transita por unos derroteros que siempre acaban en los registros y el ordenador como imagen representativa y síntesis de todas esas innovaciones:

Están bien si se saben aplicar. Me explico..., tenemos ahí unos protocolos maravillosos que según patología médica..., bueno también sin patología médica, porque hay planes de cuidados para el paciente autónomo, para el paciente anciano, situaciones un poco genéricas. Pues el problema que tienen, no por el tema de la... teoría..., sino por la utilidad que nos proporciona el programa informático con la relación al tiempo que le tenemos que dedicar... [Sonia, EM-28]

Son todos igual. Al final han cogido los modelos de patrones, pero a la larga es lo mismo..., si come bien, si ha hecho pis, si respira bien... [Marina, EM-44]

Yo creo que es fundamental [...] Me parece imprescindible, lo que pasa es que yo creo que..., es que..., ahora está todo muy informatizado, viene por un programa pero tú independientemente de eso tú lo haces. Yo valoro... [Emma, EC-32]

No ayudan a nadie [...] Yo casi ni me acuerdo de Orem o Henderson..., pero por ejemplo los patrones me han servido de mucho..., me parecen una buenísima forma de valorar.
[Mercedes, EP-27]

Hay muchas cosas muy interesantes, porque hay muchas veces que tienes un vacío tal que no sabes cómo afrontar el problema..., si te vas al ordenador y te orienta, aunque después modifiques algunas cosas, pues te sirve de mucho... Más que nada cosas estándar... y para seguir la evolución que tú vas viendo que van pasando pasos, pasos, pasos y vas viendo si lo haces bien o hay que rectificar algo. [Manolo, EP-29]

Las enfermeras gestoras, por contra, tenían estos conceptos más diferenciados, y especialmente aquellas que estaban más directamente relacionadas con los registros, si bien el grado de adhesión al discurso teórico variaba de manera importante sobre algunos de los desarrollos teóricos como los diagnósticos enfermeros:

Creo que llevamos unos años, unos cuantos, dando vueltas en círculo..., a ver si nos encontramos alguna vez, queriendo llamar..., no sé si es una sensación personal..., o sea, me da la sensación como que a la sopa de fideos la queremos llamar esencia de verduras con carne de bovino con hidratos de carbono a las finas hierbas. [Isabel, DH-48]

Tanto en la formación de pregrado como en determinados foros que te encuentras en el postgrado..., tú te va a la AENIT²⁴..., se hacen unos pajotes en el aire... A lo mejor es que no creo nada en los diagnósticos. Creo que es renombrar cosas que ya están nombradas.
[Isidro, DH-30]

El discurso de las enfermeras asistenciales establece asociaciones de elementos que conceptualmente son diferentes (excepción hecha de algunos casos en los que el profesional estaba implicado en grupos de trabajo relacionados con los registros), pero que se relacionan en un todo que hace de su práctica una actividad científica por la mediación de una herramienta informática, la cual aporta elementos de modernidad a una actividad que en otro tiempo fue rutinaria y física. Que una acción registral se entienda como un

²⁴ Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería.

importante factor de profesionalización se puede explicar mediante el análisis de la red de implicaciones de algunos tropos: *«registrar datos es introducirlos en el Gacela-OMI»*, *«el Gacela-OMI es el ordenador»*. Tanto en el hospital como en el centro de salud ordenador y nombre del programa informático son sinónimos. Un hecho que evidencié al utilizarlo delante de Cristina, la subdirectora responsable de los registros informáticos, al proponerle entrevistar *"a la enfermera encargada del Gacela; la que llaman la gacelera"*, dije. Ella me increpó el uso de términos coloquiales que desvirtuaban el sentido profundo de los registros, y que tienen relación con el modelo de cuidados y con las decisiones y responsabilidades de las enfermeras. Pero al final relajó el tono y sonriendo reconoció que es el término utilizado mayoritariamente y que esa es la relación que las enfermeras hacen con el programa. Pero Gacela-OMI también se asocia a PAE, diagnósticos enfermeros, NANDA, NIC, NOC, modelos teóricos, como se ve en los comentarios de los informantes. Esta identificación de cosas distintas favorece la vigencia de metáforas como: *«El PAE es un ordenador»*, *«el Gacela-OMI es el PAE»*. Finalmente el Gacela-OMI agrupa en una imagen única todos estos conceptos como si fueran uno: *«Gacela es PAE, Diagnósticos enfermeros, Modelos conceptuales»*.

La versatilidad de la metáfora del camino (Fernández, 2006b) hace que esté implicada en la imagen que proyecta la palabra 'método'. Su etimología griega (*meta-* a través o más allá, y *odos-* camino, sendero) indica un recorrido por caminos específicos y *"cualquier metodólogo es un buscador de los caminos que conducen a la verdad"* (Fernández, 2006b). El método es un camino especial, ruta del conocimiento, senda que introduce al profesional en el campo del conocimiento objetivo que proporciona las máximas cotas de veracidad al saber humano. Sin método la práctica asistencial es un itinerario errático tras las premuras que otros agentes profesionales imponen a la enfermera. El transcurso metódico de los actos clínicos convierte cualquier acción en científica y a su agente en profesional moderno. Proporcionar un método a la actividad asistencial permite crear una serie de implicaciones que asocien dicha actividad con la ciencia: *«El PAE es el método científico»*, *«el Gacela-OMI es el PAE»*, *«El Gacela-OMI es el método científico»*. El juego de la metonimia, que toman

la documentación clínica por el programa informático que la gestiona, Gacela-OMI, condensa un conjunto de acciones (comentarios, planes de cuidados, confirmar acciones, etc.) en un esquema cognitivo. La enfermería asistencial convierte el Gacela-OMI en un esquema cognitivo complejo, por la cantidad e interconexiones de sus componentes, que se reifica para relacionarlo con metáforas ontológicas, las cuales, de manera simple, nos hacen entender como objetos a los datos y recipientes el lugar donde se registran: *«el Gacela-OMI es un recipiente»* donde se depositan y se conservan las acciones cotidianas que realiza la enfermera:

El Gacela se hace casi exclusivamente por la noche. [Lucas, EC-25]

El Gacela se hace... Así constituido en concepto tangible el Gacela-OMI es más asequible a la abstracción, que por virtud de una metáfora estructural convierte al *«Gacela-OMI en un recipiente digital»*, *«Gacela-OMI es un ordenador»*. Por un proceso de transformación tropológica, el Gacela-OMI adquiere carácter abstracto y es más asequible a conceptos de dominios próximos, por compartir ese carácter abstracto, como son los diagnósticos de enfermería o los modelos conceptuales. De ese modo se pueden manejar coherentemente conceptos que, procediendo de dominios cognitivos diferentes, son asociados por una característica común: la utilización de datos, información, conceptos. Todo ello, elementos altamente abstractos y representativos de la modernidad, de los avances científicos y de las profesiones más cualificadas. El Gacela-OMI se convierte en la representación y síntesis de los principales avances propuestos por la enfermería teórica: *«Gacela-OMI es el conjunto de innovaciones teóricas»*, *«Gacela-OMI es el modelo enfermero de cuidados»*, *«Gacela-OMI es la ciencia enfermera»*. Incorporarlo a la actividad cotidiana, para permitir que las actividades diarias pasen por su filtro, transforma una práctica tradicional, rutinaria y predominantemente manual en una actividad científica; transforma el oficio en profesión. La potente acción de los topos permite englobar ventajas e inconvenientes en una teoría explicativa que evocando valores profesionales hace ganar peso por la movilización de emociones, a pesar de que la lógica de sus premisas no encuentre el refrendo empírico, que sería imprescindible en una teoría científica, pero la teoría explicativa no se lo exige:

Yo creo que sí [mejoraría la atención a los enfermos]. Llevarías el control total del enfermo... No llegar y confirmar acciones [...] Si tú vas confirmando todo y ves que... a éste hay que quitarle esto, a éste hay que ponerlo lo otro, pues la cura hay que cambiarla, está orinando más [...] Ahí tienes toda la información..., para eso es muy bueno..., pero luego aquí tú por rutina o lo que sea tú llegas..., plan de cuidados, si es estándar lo pones... sea mujer o sea hombre... lleve sonda o no la lleve... y te salen... La gente lo mete por obligación, no porque tú lo creas que lo debes de hacer... Te obligan a hacerlo, lo rellenas y ya está.

[Javier, EM-43]

Los registros son recipientes con distintos apartados; en cada uno se deposita un objeto diferente. Los objetos son los datos, y de agruparlos en sus correspondientes apartados se encargan los profesionales en diferentes turnos. El recipiente es completado en varios momentos y por distintos equipos, como si se tratara de una cadena de producción donde cada individuo tiene un cometido técnico. El apartado 'Alta' se hace por la mañana, porque es cuando el paciente se va a su domicilio y necesita el documento. El apartado 'Ficha de ingreso' y 'Planes de cuidados' por la tarde, porque es cuando ingresa el paciente y es cuando se obtiene la información primera. 'Confirmar acciones' y 'Revisar planes' se completa por la noche, porque tienen más tiempo. Todo está organizado en función de un objetivo burocrático y no profesional. Para conseguir el objetivo de mantener actualizados los registros el proceso se subdivide en partes y cada miembro de la cadena realiza una parte. Todos saben hacer todo, pero están más habituados a unas cosas que a otras por el turno en el que tienen que trabajar, y lo que es más importante: la información del paciente aportada de forma parcial; no hay un responsable único de mantener unificado el registro; no hay una enfermera que sepa del paciente más que el resto y que se responsabilice de tomar las decisiones básicas: todas hacen, todas registran y todas toman decisiones. No extraña entonces que, como ya advertía Cristina [DH-44], *"la enfermería no acerca el Gacela al paciente"*, habla más de lo que las enfermeras le hacen al paciente y menos de los padecimientos del paciente que justifiquen acciones autónomas.

La fuerza evocativa que presenta el Gacela-OMI, y que une coherentemente la experiencia práctica cotidiana y las propuestas teóricas modernas, es la

capacidad del sistema de permitir la <visualización> de la enfermería como una profesión activa en el terreno de la salud y cuyas prestaciones son imprescindibles para la sociedad:

Si llevásemos menos pacientes sería un buen sistema. Sabes todos los cuidados que tienes y más que nada quedan reflejados los cuidados que hacemos, que es lo importante, porque antes no se reflejaba nada y ahora tienes una confirmación de lo que estás haciendo. [Marisol, EM-39]

Es muy importante el Gaceta, aunque solo sea que antes no se escribía nada y lo que hacían enfermeras y auxiliares no figuraba, como si no se hubiera hecho. [María, EM-38]

Las taxonomías ayudan a registrar a focalizar... a definir de alguna manera lo que hacemos día a día. [Nieves, DP-34]

Las innovaciones teóricas sirven para definirnos como profesión. [Noelia DP-44]

[Opinión de Amelia sobre la modificación del OMI, propuesta por la Dirección del Área, donde ya no se registrará por Patrones Funcionales] *Pero hombre, que estés trabajando un tiempo..., que te esfuerces en una forma de trabajo, en hacer comprender a la gente, que había mucha resistencia sobre ello, que es importante trabajar así, que nos da información..., y que de repente desaparezca..., no es muy agradable, sinceramente... Se puede registrar pero de otra forma, es decir, en vez de por patrones de otra forma. Es como que desapareciese la labor propia de la... la que tiene propiamente el sello de enfermería... y se queda convertido en lo que es... la historia... Que no sé si es bueno o malo... Si no hubiera habido la lucha anterior de varios años insistiendo, insistiendo... Pues bueno..., a lo mejor... es lo que tenemos..., que... lo que... me parece terrible es que determinados cambios de aire o vendavales supongan que un trabajo que parecía imprescindible, que parecía fundamental para... definirnos y darnos la identidad y saber lo que hacíamos nosotras, hoy desaparece. [Amelia, EP-50]*

La enfermería es una profesión que según el barómetro del CIS, de junio de 2006, se encuentra entre las mejor valoradas, solo detrás de la medicina, pero se considera que necesita de un mayor reconocimiento (CIS, 2006). El objetivo común de toda la profesión, élites intelectuales, gestores y asistenciales, es hacer visible la contribución de la profesión al cuidado de la salud y el papel

central que en ello ocupa. Hay un consenso profesional en la importancia de registrar lo realizado y en eso coinciden enfermeras gestoras y asistenciales, como ha quedado explicitado por muchos informantes arriba citados, aunque la discrepancia se manifieste en la forma de registrar. El principal beneficio que aporta el Gacela-OMI es visualizar una labor que parece tener reconocimiento pero que, según perciben diariamente las enfermeras, no tiene prestigio; o mejor dicho, les agradecen efusivamente su abnegada implicación personal pero son poco consideradas profesionalmente. Dejar escrito lo que se realiza es una prioridad, porque si no se dice parece que no se hace y las enfermeras quieren registrarlo para que conste su contribución a la mejora del paciente. Es una preocupación extendida, como lo confirman las conclusiones de la investigación de González Gutierrez-Solana et al (2004) quienes afirman: *“Este estudio revela, por primera vez, que los planes de cuidados de enfermería realizados con ayuda de una herramienta informática, son una fuente de datos cuantificables y evaluables que permiten conocer la actividad de enfermería, su calidad y su eficacia”*.

Esa es la principal función de los registros, la función que cabe entender como la metáfora del *«escaparate»*: *«el Gacela es un escaparate», «un escenario», «un cartel publicitario»*, donde las enfermeras muestran sus habilidades, sus cualidades; donde se exhiben ante los compañeros de trabajo, ante la Dirección y ante la población en general cuál es la actividad que ellos desarrollan. Un proceso de visualización que guarda similitudes con las estrategias del feminismo, que busca poner en valor actividades vitales para una sociedad y que siempre han estado ocultas bajo la poderosa imagen del varón, con mayor valor social. La enfermería en su conjunto, a través de los datos que las enfermeras asistenciales registran a diario, puede presentar a la población general, y a los altos gestores de los servicios de salud, sus poderes (empoderamiento) e incorpora valores a su imagen social que de no ser exhibidos permanecerían ocultos bajo la consideración de un servicio consustancial a la acción médica, pero invisible a la percepción de la sociedad y por tanto a su posterior valoración. El mensaje de la visualización, del *«escaparate»* público donde se muestran las credenciales profesionales, es muy coherente con los valores de nuestra sociedad en los que se adquiere importancia social cuando se aparece

en un medio de comunicación (los famosos de la tele, los famosos del papel cuché). Esta importancia de la notoriedad social a través de medios de comunicación, está llegando al paroxismo de medir la capacidad de un candidato a un puesto de trabajo por el número de 'amigos' que tiene en su foro social de Internet: "Quien no está en Internet no existe", se dice. Mostrar lo que se es y lo que se hace es el paso previo a existir socialmente. Si a esto añadimos el segundo argumento de peso, el económico, tenemos la ecuación necesaria para el lanzamiento profesional. Enfermería no producía, no costaba, no contaba. Era un apéndice más dentro de todo el aparato sanitario y por la acción de las herramientas informáticas se ha convertido en un agente con personalidad propia, del que se puede obtener información sobre su rendimiento particular. Fue Florence Nightingale la primera enfermera en utilizar las estadísticas sanitarias para demostrar la eficacia del trabajo enfermero (de hecho fue la pionera de las estadísticas sanitarias) (Cohen, 1984). La era digital ha venido a aportar un instrumento más eficiente que ha permitido generalizar los análisis contables de la actividad profesional. La existencia social se podrá lograr mostrando, en el escaparate sanitario, presentando una cuentas saneadas, que consisten en que las acciones que promueven los profesionales obtienen resultados rentables para el sistema (en primer lugar hay que convencer a los gestores) y para los usuarios.

Estas operaciones de visualización tienen más que ver con disciplinas tan de moda como el marketing que con aquellas de ámbito sanitarios. Cabe preguntarse si la sociedad receptora de los cuidados enfermeros (con sus pacientes y los gestores y los legisladores, etc.) va a conformarse con colocar en un estatus profesional más favorable a la enfermería por el mero hecho de cuantificar lo que tradicionalmente ha hecho, y que ahora muestra en el *«escaparate informático»*; o le exigirá para ello nuevas competencias que se traduzcan en decisiones y acciones concretas que mejoren el cuidado proporcionado hoy, y así justificar una competencia exclusiva, diferenciada y compleja, que otro agente social no pueda realizar por falta de la preparación adecuada. Porque ¿se está logrando que las enfermeras actuales tomen más y mejores decisiones por el hecho de incorporar los registros informatizados?,

¿es este el cambio profesional que satisface a los sectores teóricos que propugnan la transformación hacia el *modelo enfermero de cuidados*?

Etiquetar al paciente para delimitar la profesión

Originalmente en el discurso de las élites intelectuales los diagnósticos tienen la función principal de identificar la naturaleza de aquellos problemas de exclusiva competencia de los miembros de ese grupo ocupacional. Es decir, cumplen una función epistemológica al delimitar los objetos de conocimiento de la disciplina enfermera. Son un recurso cognitivo de gran utilidad, al permitir condensar, y evocar, con un término una gran cantidad de información en forma de conceptos e imágenes. La etiqueta diagnóstica identifica igualmente a los individuos con características peculiares e indica una línea de actuación específica para resolver el problema. El proceso de etiquetaje tiene en consecuencia la virtualidad de delimitar tanto el campo disciplinar como el profesional, confiriendo la legitimidad social a una profesión para explicar los fenómenos que le son propios, como la autoridad y el poder para intervenir sobre ellos. Durante el trabajo de campo he observado un modo muy peculiar de manejar estas etiquetas por parte de las enfermeras asistenciales. En franca contradicción con el proceso de toma de decisiones los profesionales:

Cuando elaboran los planes de cuidado en lugar de partir de la valoración parten de la actividad. [...] Un día me llamaron de la tercera para asesorarse sobre un plan de cuidados y ellas tenían una serie de actividades y no encontraban el diagnóstico. [Ana, EG-44]

Este proceso, que lamenta la responsable de los registros informatizados del hospital, es el común cuando tienen que realizar altas de enfermería. Las enfermeras parten de las acciones que realizan para inferir los problemas que les van a diagnosticar: “Este paciente se va de alta con oxígeno y entonces hay que ponerle el diagnóstico [de enfermería] de *Patrón Respiratorio Ineficaz*”, explica una enfermera a una alumna ante el ordenador. Los datos empíricos indican que la enfermería asistencial utiliza los diagnósticos para designar unas prácticas ya realizadas y

no para describir y delimitar problemas. Esta práctica debe estar muy extendida, me atrevería a decir que es una práctica generalizada, como lo constata al estudio de González Gutiérrez-Solana et al (2004), que analizando 226.000 planes de cuidados realizados con el Gacela en toda España llegan a conclusiones similares, cuando tras lamentarse de la escasa valoración de las necesidades psicosociales, como la necesidad de aprender, se observa la utilización en un 2% de las ocasiones el diagnóstico de enfermería de 'Déficit de conocimientos', por lo que se preguntan *“si se día gnostica para justificar el tratamiento educativo sin valoración previa, o se asigna como norma”*.

Cuando se pregunta por estos asuntos a los profesionales surge una ambivalencia que redunda en la ya mencionada dualidad enfermera-enfermería:

Tiene importancia pero no veo que tengan utilidad muy práctica [...] porque no estamos familiarizados. [Dani, EM-23]

A la hora de hacer los planes sí que se manejan..., porque además es una cosa muy sencilla..., solo tienes que picar [...] Pero vamos que eso es una cosa que... digamos que se hace para adornar la práctica diaria. O sea para que quede constancia... en la historia... de que hay un registro de enfermería. Pero que realmente en el día a día no... no se maneja. Vamos que yo veo que es necesario, porque si no nuestra... tarea no se ve, es que no se ve... Por lo menos en algún sitio pones que...; que a mí me parece bien, lo que pasa es que veo que a nivel... diario no hay tiempo para...; pero que en algún sitio tiene que quedar registrado nuestro trabajo, porque es que si no... [...] Donde mayor esfuerzo haces en los registros es en los comentarios para que quede constancia de todas las cosas, que has hecho, que has sacado, que has pedido... [Mónica, EM-36]

Lo primero que se observa es que diagnosticar, o más ampliamente hacer planes de cuidados, altas o simplemente el PAE, es una acción mecánica que consiste en "picar en el ordenador" una opción de las ofrecidas por el Gacela. Y como Mónica reconoce, un *<diagnóstico es un adorno>* de una acción previa. En el discurso de la enfermería asistencial coexisten elementos aparentemente contradictorios, como importancia y utilidad manejados en sentido contrario: el diagnóstico es importante pero poco útil. Cabe preguntarse que si es poco útil

en qué basan su importancia. Para responder a esta pregunta es necesario retomar comentarios como los de Carolina, subdirectora del hospital, que hablaba, más arriba, de la importancia de los registros para la profesión, para que conste lo que se hace, para poder investigar y obtener conclusiones útiles para la profesión. O el comentario de Elena, la supervisora de la unidad de hospitalización a domicilio²⁵:

Ellas te contarán su visión pero yo tengo que dar la mía, que creo que es la más real. Claro que es muy gratificante para ellas que les planteen problemas [médicos] y poder resolverlos, eso aumenta la estima de los pacientes hacia ellas y también su autoestima. Pero ellas son enfermeras y no pueden ni deben asumir ciertas responsabilidades. En eso yo estoy encima a diario. Me dicen que los diagnósticos NANDA no sirven para nada, y yo les digo que hay que asumirlos, primero porque la Escuela marca las líneas y segundo porque es nuestra profesión. Hay que tener muy claros los límites. [Elena, SH-46]

Está, por tanto, en el ideario de los dirigentes profesionales que una de las funciones primordiales de los diagnósticos enfermeros es visualizar y delimitar el campo de competencias profesional. Un mensaje emitido insistentemente por las élites profesionales ha de tener un efecto de algún tipo. Quizás no el pretendido por ellas, a la vista de los datos, pero sí será procesado por los profesionales e incorporado al discurso de tal manera que pueda ser encajado en los esquemas cognitivos de la profesión sin generar tensiones cognitivas y manteniendo el orden que esos esquemas proporcionan tanto a los procesos de pensamiento como a las prácticas que promueven. Por tanto, la incuestionada importancia es gestionada mediante la metáfora digital *«diagnosticar es elaborar información en el ordenador»*, que proporciona una imagen poderosa de modernidad a los registros y permite a la enfermería asistencial interpretar el proceso diagnóstico asociándolo a la ciencia a través de las nuevas tecnologías. Por tanto su rutina diaria de registro de lo hecho cumple con la finalidad profesional de visualizar la enfermería y proporcionar

²⁵ Unidad formada por un equipo de médicos y enfermeras, que atienden a pacientes que son dados de alta pero que reciben atención en su domicilio, durante los 8-10 días posteriores, para el seguimiento del caso hasta su resolución definitiva. La asistencia puede incluir analítica de control y terapia intravenosa, por ejemplo; y se considera un tipo de asistencia a caballo entre la hospitalaria y la que se presta en la atención primaria.

información a esa gran base de datos de la que surgirá ciencia enfermera. En el comentario de Mónica se identificaba explícitamente el diagnóstico como un registro más; igual que el comentario, eso sí, menos útil. Lo importante estriba en que conste lo hecho, lo sacado, lo pedido. Trabajo, acción, actividad. Pero en esos registros pocas veces realizan inferencias, a partir de los abundantes datos que aportan, y que tengan como consecuencia la propuesta de un cuidado alternativo. Nuevamente aparece la dicotomía profesión-profesional, o mejor, profesión-paciente: los diagnósticos son importantes porque dan relieve a la profesión y la sitúan en un ámbito científico donde comparte espacio con otras actividades de gran relevancia social. Pero no son útiles para cuidar a pacientes, no son útiles tampoco a la enfermera, porque le resta tiempo a su misión principal: el cuidado. No aportan nada al cuidado porque el cuidado ya está aplicado; no son útiles para pensar, para decidir. La enfermera asistencial no utiliza el diagnóstico enfermero que sintetice conceptualmente un problema del paciente que no es de naturaleza médica (requisito de las élites intelectuales para un juicio clínico enfermero basado en el conocimiento enfermero y que permite actuar en base a decisiones propias), sino que piensa en la enfermedad del paciente, aplica cuidados en atención a ese problema y más tarde le busca un nombre enfermero que encaje en un documento clínico de enfermería. Los diagnósticos enfermeros solo son útiles para visualizar y desplazar una actividad, que se reconoce rutinaria, hacia posiciones más satisfactorias en el espacio cualitativo: hacia la ciencia. El diagnóstico se interpreta en consecuencia como un adorno a una actividad ejecutada (*el diagnóstico es el escaparate que muestra*) y no como descriptor de un problema visto desde una perspectiva teórica particular. Parafraseando a Lévi-Strauss, el diagnóstico es bueno para ilustrar, pero no es bueno para pensar.

Y no son buenos para pensar porque esos diagnósticos no han conseguido superar a los médicos en la interpretación de la realidad clínica; a pesar de los muchos años que se lleva trabajado en su implantación, como lamenta una subdirectora del hospital:

Los nuevos..., la NANDA, el NIC, el NOC..., yo veo..., no sé..., te digo que... ha tenido... no demasiado calado... Esa metodología... tenía..., con los años que llevamos de evolución tenía que haber tenido un calado mucho más importante en la profesión. [Tamara, DH-50]

Estudios como los de Domingo et al (2005) se hacen eco de los esfuerzos por lograrlo su implantación y su escaso éxito. Solo el 2,25% de las enfermeras incluyen en la planificación diagnósticos de enfermería, y ellas lo justifican porque *"son difíciles de enunciar, no poseen formación para manejarlos, no se adaptan al contexto cultural, requieren tiempo para su formulación y planificación de actividades y no lo reconocen con palabras propias"*. Las enfermeras asistenciales valoran los datos del paciente e identifican sus problemas, pero lo hacen con el mismo material cognitivo que emplean los médicos, aunque su aplicación práctica se limita al ámbito de sus competencias:

Yo valoro..., yo... me llega un paciente de quirófano y según voy a verle lo que estoy haciendo es una valoración... Yo le veo y digo..., respiratoriamente, tiene unas gafas nasales..., eliminación... tiene una sonda vesical, metabolismo... tal. Tú estás haciendo una valoración del paciente, lo que pasa es que lo haces mentalmente, en tu cabeza [...] A ver, yo no pongo en mi hoja de tratamiento déficit de autocuidado: baño-higiene relacionado con inmovilidad, aparataje. No lo haces, pero mentalmente lo estás haciendo. Que es lo que pones tú: levantar mañana y tarde, o higiene, necesita ayuda; cura de la herida quirúrgica por turno. Todo eso es fruto de una valoración que has hecho, no lo pones por rutina. Yo creo que la enfermería sin valoración, diagnósticos y cuidados no funcionaría; sería una máquina de hacer técnicas.
[Emma, EC-32]

El conocimiento biomédico proporciona toda la base conceptual necesaria para resolver el problema. Incluso en ocasiones el propio sentido común resuelve problemas para los cuales no es necesario acudir a una ciencia. Si un paciente no se puede mover, y además está conectado a múltiples artilugios, parece obvio que hay que lavarle porque él no lo puede hacer. Explicitar eso en un complejo proceso burocrático que implica registrar unos datos de valoración, elegir en el ordenador una etiqueta diagnóstica compleja, unos objetivos cuyas etiquetas están clasificadas en la NOC, y unas acciones designadas según la clasificación NIC de intervenciones, emplea un tiempo innecesario si consideramos que la decisión ya está tomada previamente y expresada en un lenguaje mucho más familiar y asequible. Este rodeo burocrático es mayoritariamente rechazado por las enfermeras asistenciales porque supone,

no solo una sobrecarga física por el hecho de dedicar tiempo a una tarea administrativa, sino que se trata de una traducción disciplinar. Se pretende que pensando en el paciente con unos conceptos y unas imágenes biomédicas, que tiene sus propias clasificaciones, se renombre en base a otras taxonomías diferentes, que manejan otro lenguaje e implican otros principios clasificatorios. Los procesos de pensamiento se ajustan también al principio del mínimo esfuerzo y si la mente es capaz de resolver un problema por una vía corta no utilizará nunca la más larga. Si, como observamos, el diagnóstico de enfermería carece de función práctica, entiendo que carece de función cognitiva, y sigue siendo la enfermedad el concepto que define el estado del paciente, que determina las prioridades clínicas y que orienta la aplicación de los cuidados sanitarios.

Un diagnóstico puede ser entendido como un esquema proposicional experto, toda vez que aporta una forma de ver la realidad y que es compartida por los miembros del grupo profesional que ha sido socializado de una manera particular. Como indican Strauss y Quinn (1997: 52), la importancia de estos esquemas dependerá del número de unidades en que estén constituidos y de los pesos de esas unidades, que indicarán la fuerza de un estímulo cultural y su respuesta. Atendiendo a esta forma de analizarlos podemos afirmar que los diagnósticos constituyen un constructo teórico que para las enfermeras asistenciales supone un esquema poco significativo, al no lograr condensar la información necesaria para hacerlas comprender la situación en la que se encuentra el paciente. Como en cambio sí ocurre con el diagnóstico médico que en un término consigue condensar una gran cantidad de información, que permite conocer lo que está padeciendo el paciente, las causas que lo provoca, los mecanismos que lo están produciendo, el pronóstico de la situación y la terapia que le corresponde. Para una enfermera un diagnóstico de enfermería describe una práctica ya realizada no un problema por resolver, por ello la utilización es tan escasa en la práctica cotidiana y nulo el peso que tienen en la toma de decisiones. Los diagnósticos enfermeros no actúan como esquemas cognitivos al no conseguir aportar una forma de ver la realidad clínica. Lo que sugiere el uso que hacen de estas etiquetas y la utilidad que le atribuyen al diagnóstico como parte de un proceso más general, el PAE, es que son guías

para la práctica, protocolos que orientan la acción y homogenizan las actividades de la unidad. Los procesos cognitivos de la enfermería utiliza más el conocimiento de receta que el razonamiento deductivo sobre la base de un amplio conocimiento. Albert (2004) llegó a conclusiones similares al analizar la toma de decisiones de 6 enfermeras del servicio de hospitalización a domicilio de un hospital de Valencia, y observar que el método para decidir era fundamentalmente inductivo y basado en protocolos y pautas no escritas.

Esta evidencia empírica puede estar en la base de los movimientos que se detectan en el mundo de los diagnósticos de enfermería con la propuesta de Carpenito, una reconocida pionera de los diagnósticos, para incluir en la taxonomía los problemas de colaboración (enfermedades que el paciente tiene riesgo de desarrollar y donde la enfermera actúa como colaborador en la detección precoz de signos de alarma y en la aplicación de los tratamientos prescritos por el médico). Inicialmente el objetivo de la clasificación NANDA parecía ser el desarrollo de una 'taxonomía epistemológica'²⁶, que definiera los problemas específicos de enfermería, delimitando un campo conceptual y orientando la investigación de un objeto de estudio propio de una ciencia emergente. La propuesta de Carpenito puede entenderse coherente con la tendencia ya iniciada en 1990 por el Consejo Internacional de Enfermería con el desarrollo de la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE) en la que se ordena la práctica profesional, al igual que ocurre con clasificaciones de intervenciones o criterios de resultados, NIC y NOC respectivamente, donde se incluyen intervenciones que pone en marcha el médico u objetivos que pueden utilizar otros profesionales sanitarios y no solo la enfermería. En las últimas décadas las organizaciones promotoras están optando por unas 'taxonomías praxicológicas' en las que se clasifica lo que la enfermería hace y no lo que debería de hacer siguiendo una perspectiva teórica revolucionaria (en los términos que plantea Kuhn para las revoluciones científicas). Parece una renuncia a clasificar el conocimiento y optar por clasificar la práctica.

²⁶ Término utilizado por Hernández Conesa et al (2003:147-61).

Decisiones para la acción o para la profesión

Se iniciaba este capítulo con un texto de Elliot en el que se afirma la importancia de un cuerpo de conocimientos sustancial y teórico con el que justificar las decisiones ante la sociedad. La irrupción de las propuestas teóricas de quienes defienden el proceso de enfermería como el método ideal para guiar la toma de decisiones clínicas, significó un revulsivo profesional que ofreció la esperanza de permitir aflorar un conocimiento enfermero latente bajo unas prácticas rutinarias y que permanecía mudo ante el ímpetu de un saber hegemónico, la medicina, que ejercía su autoridad omnipotente en el campo sanitario (Iyer, 1997; Hernández Conesa, 2003; Alfaro, 2007). Pero la implantación hace años de registros basados en el proceso de atención de enfermería no ha modificado las trayectorias cotidianas de la enfermería en la práctica asistencial directa (hablo del hospital por ser el ámbito de comparación más claro con el modelo tradicional), al no lograr modificar su forma de interpretar y manejar la información sobre el paciente y resolver los problemas cotidianos, que sigue asentándose en clasificaciones basadas en las condiciones materiales de las prácticas, las cuales atienden a objetivos que tienen a la enfermedad biológica y su curación como prioridad absoluta. En consecuencia a estas condiciones asistenciales, las decisiones de las enfermeras, en el ámbito hospitalario, tienen la particularidad de ser adoptadas en el momento que se ejecuta una tarea (se detecta un problema y se busca una solución adecuada en ese momento) y nunca se transforman en órdenes fijas²⁷. Por tanto la necesidad de registrarlas obedece a dejar constancia de lo hecho y no a indicar una prescripción a otros miembros del equipo asistencial, salvo que haya que vigilar su evolución o provoquen una modificación permanente, aunque sí se suele informar en el ‘cambio de turno’. Son cuestiones del estilo de: avisar a los grupos de voluntariado del hospital para que visiten a un paciente que se encuentra solo; sustituir, en una herida que drena mucho líquido, unos apósitos de gasa por una bolsa para estomas; no

²⁷ Órdenes que son permanentes y actúan desde el momento en que son prescritas hasta que se modifican o se suspenden.

sustituir una sonda vesical porque previsiblemente el paciente se irá de alta en 24 horas y se le retirará entonces; o decidir si el enfermo se levanta y pasa unas horas sentado en el sillón o queda en la cama. Las decisiones de enfermería son de presente y nunca, salvo en el reducido campo de las curas o los consejos en el centro de salud, de futuro. La acción de la enfermera es caracterizada por la inmediatez. Ya vimos en el capítulo 2 cómo el espacio donde la enfermera asistencial desarrolla su trabajo es el más visible y público de todos, el control de enfermería, a la vista de médicos, pacientes, familiares, donde se expone a la reclamación inmediata de quien la necesita, con pocos lugares, y tiempos, para la reflexión íntima y privada, y donde lo que prima es la acción inmediata que resuelve el problema por el que se la requiere. Esta exposición continua a las trayectorias de otros agentes hace a la enfermera vulnerable a las prioridades que establecen la institución, otros estamentos profesionales como médicos, celadores o auxiliares, pacientes y sus familiares, y sus propias expectativas de cumplir con los objetivos para los que fueron contratadas y que consisten en la resolución de un problema clínico agudo. La facilidad con la que la trayectoria cotidiana de la enfermera sea modificada por las trayectorias de otros agentes, y la capacidad de que los fines de las enfermeras puedan influir en las trayectorias de aquellos, será un indicador del peso profesional de la enfermería. La implantación de un método para la toma de decisiones tendrá que guardar cierta coherencia con su peso profesional si no se quiere hacer de él un mero elemento decorativo de una práctica que ya está decidida antes de abrir 'el ordenador'.

Atendiendo al tipo de decisiones que se adoptan podríamos hablar de dos categorías: unas son las decisiones *estratégicas*, aquellas que se encaminan al logro de un objetivo fijado por quien la emite, y que se trazan para dirigir un asunto. Estas serían permanentes y de obligado cumplimiento para atender a un problema estable, de relativa complejidad y que quien la adopta tiene la responsabilidad global sobre el proceso clínico del que se trata. Este tipo de decisiones se dan en el tratamiento de procesos como las heridas o úlceras por presión, que requieren terapias prolongadas en el tiempo y estables, que plantean un objetivo a largo plazo y centrado en el logro de transformaciones en el paciente. Son prototípicas las decisiones médicas en el tratamiento de las

enfermedades. Por el contrario denominaré decisiones *tácticas* las que se aplican a la ejecución de una acción concreta; aquellas que se adoptan para poner en orden los elementos precisos para ejecutar o conseguir algo. En general, las decisiones estratégicas son más tributarias, que las tácticas, de un método explícito para garantizar una toma de decisiones precisa y carente de fallos. Eso se debe a que en las decisiones estratégicas, generalmente, son la consecuencia de procesos que no son obvios y requieren el escrutinio de información diversa, de la que es preciso desentrañar una problemática compleja a la que se pondrá remedio mediante técnicas específicas elegidas entre múltiples opciones alternativas, sobre las que hay que tomar una decisión de la que se ha de responder ante el paciente, los colegas y la institución contratante. Las tácticas, por el contrario, están imbricadas en las prácticas y tienen un efecto instrumental directo. Son aquellas que resuelven problemas inmediatos con técnicas procedentes de conocimientos de receta más que procedentes de un razonamiento explícito. Estas últimas son más propias de los procedimientos cotidianos que atienden las enfermeras. Su propósito es establecer las medidas adecuadas que hagan posible alcanzar los fines propuestos por una decisión estratégica: un tratamiento médico o de enfermería. Los objetivos de estas decisiones se centran en la enfermera ya que ha de cumplir funciones técnicas y no tiene, necesariamente, la responsabilidad final de tratar el problema completo. Son decisiones del tipo de la elección del calibre de una sonda o de un catéter venoso, de acomodar el sistema de oxígeno a las particularidades del paciente, de ajustar los apósitos a las peculiaridades de una herida. Son adoptadas en el momento que surge la acción a desarrollar y son las que más frecuentemente emite la enfermería.

Si comparamos lo dicho para las decisiones con la clasificación de los objetivos que propone Luis et al (2005:9), se entenderá mejor la razón por la que el discurso de los diagnósticos enfermeros no encaja en las prácticas de la enfermería asistencial. Las autoras plantean que los objetivos que fija la enfermera para atender problemas de colaboración (es decir, enfermedades que se han de tratar bajo prescripción médica) se refieren a las acciones que ha de ejecutar la enfermera para alcanzar una finalidad controlada por un médico. En cambio cuando la enfermera identifica un diagnóstico de

enfermería, el objetivo de la enfermera es conseguir una modificación en la conducta del paciente. Es decir, los objetivos para los diagnósticos enfermeros serán aquellos sobre los que la enfermera controla los fines ya que alcanzarlos supone resolver el problema del paciente. Estos objetivos estarían en la línea de lo planteado por Elliot para los profesionales y podemos relacionarlos con las decisiones estratégicas, aquellas que se dan más escasamente. Los objetivos para problemas de colaboración se relacionan con las decisiones tácticas, las que se ajustan a la consecución de fines previstos por el médico y en los que la enfermera interviene técnicamente para hacerlo posible. Estas decisiones son las más habituales y ello coincide con las prácticas que hemos analizado en el capítulo 2, eminentemente técnicas, y con la información que recaba la enfermera del paciente y que transmite en los registros más utilizados, como son los comentarios, donde se constata el uso de dominios cognitivos médicos y centrados en el control de las pruebas diagnósticas de la enfermedad, en los tratamientos prescritos y en los resultados obtenidos.

Para plantear decisiones estratégicas tiene sentido exponer explícitamente el proceso para justificar y hacer constar los datos en los que se ha basado el juicio diagnóstico y posterior decisión terapéutica. Para las decisiones tácticas parece coherente pensar que el registro de la decisión y acción ya ejecutada es lo más obvio y práctico. Si se ha podido constatar que la abrumadora mayoría de las decisiones que toma la enfermera en su práctica cotidiana son tácticas, es coherente que el esquema cognitivo que maneja la enfermería en el ámbito de las decisiones imponga la lógica del registro de la acción y no la justificación de la decisión y aun menos la prescripción a otros colegas. Esto también guarda coherencia con la resistencia de la enfermera a seguir prescripciones de otros colegas. El esquema cognitivo que maneja la enfermera parte de una realidad contextual en la que la enfermera permanece en activo de manera constante y expuesta al escrutinio general (control o habitación del paciente); en ese ambiente toma decisiones en el momento de surgir el problema; sus respuestas son habitualmente de receta. No encaja fácilmente en ese esquema el aplazar la decisión y refugiarse en un despacho a deliberar sobre los problemas y las soluciones alternativas, emitiendo una orden que afecte a su acción y a la del resto de colegas. De hecho hacen los planes de cuidados por

imperativo de la dirección de enfermería; no son una guía para las enfermeras asistenciales, las consultas son algo anecdótico; y solo lo revisan al final de la estancia del paciente para elaborar el alta, que es otro imperativo de la dirección. No está incorporado al esquema la necesidad de dejar reflejado en los registros una decisión que, en la mayoría de los casos, cualquiera habría adoptado, pues procede de una receta profesional, y además es susceptible de pequeñas variaciones que se suelen dar; por lo que la práctica de la prescripción no está incorporado al modelo cultural de la enfermería y, por tanto, la autoridad de una enfermera asistencial sobre otra no suele ser bien aceptada:

El problema del Gacela es la falta de aceptación de los planteamientos de otro colega.

[Lucas, EC-25]

Esta idea se encuentra profundamente arraigada en la cultura profesional, y aunque no de manera explícita, se transmite de generación en generación como podemos observar en el comentario de una alumna de segundo curso, cuando me habló de la corrección que le hizo una profesora a un caso clínico presentado por ella. La profesora le indicó que al exponer la cura de una herida debería de especificar con claridad cómo se ha de realizar. La alumna me comentó que a ella no le parecía correcto, porque *“cada enfermera pone lo que le parece”*, refiriéndose a lo que utiliza para el tratamiento de la herida. Yo le mencioné el ejemplo de un médico que prescribiese ‘antibiótico’ y que imaginara la posibilidad de que la enfermera administrase el que le pareciera, y ella me respondió que eso es diferente. La autoridad clínica de una enfermera sobre otra no es un valor incorporado al modelo cultural y esto también guarda relación con la asignación de pacientes (¿camas?) que expuse en el capítulo anterior y la falta de responsabilidad permanente de una enfermera sobre la *«ruta terapéutica»* del paciente. Esa diferencia que percibe la alumna es también percibida en la práctica clínica, porque en pocas curas hay una prescripción clara y precisa que se cumple sistemáticamente, y cuando existe, como es el caso de las úlceras que vigilan las enfermeras de la unidad central de úlceras, no siempre se respeta:

De lo que tú has dicho todo está al revés, como a cada una le ha parecido. Nosotros somos una unidad de asesoramiento. ¿No te hacen caso? ¡Vale! Pero luego quieren que si algo sale mal la responsabilidad sea nuestra. [Rocío, EU-53]

La capacidad que tienen los profesionales de enfermería para tomar decisiones puede ser entendida según dos esquemas cognitivos: el primero se basa en la metáfora *«decidir es controlar los tiempos»*; el segundo entiende que *«decidir es proponer medidas terapéuticas»*. Estos dos esquemas, y las teorías explicativas que derivan de sus múltiples interconexiones, son más activos en el hospital por los diferentes contextos en los que se puede ejercer la enfermería:

Enfermería no puede decidir [...] el residente más joven, que haya llegado ahora a la planta, yo le puedo aconsejar que no ponga algo a un paciente porque no le va a servir de nada, pero si él quiere se lo pone porque sí, porque él lo decide [Javier, EM-43]

Tú no controlas [...] El médico te marca los tiempos [Lorenzo, EM-55]

Estas opiniones manejan la metáfora *«decidir es controlar los tiempos»*. La imposibilidad de decidir, de incorporar iniciativas personales a la actividad laboral, de fijar los objetivos y determinar las medidas adecuadas, son testimonios frecuentes en las charlas informales con los profesionales. La referencia de Lorenzo a 'los tiempos' describe muy gráficamente la manera de entender la autonomía profesional. El tiempo, como metáfora de la capacidad de decidir, utiliza recursos de la cultura propia de la sociedad en la que vivimos y también de la experiencia personal, y que posee gran valor social: *«el tiempo es dinero»* o *«un recurso»* (Lakoff y Johnson, 1998: 45, 105-8). Nuestra experiencia cultural de lo que es un recurso dota de sentido a esta metáfora: un recurso es un tipo de sustancia que se puede cuantificar, tiene un valor concreto, sirve a un propósito definido y se consume. Controlar el tiempo es una actividad socialmente importante porque supone controlar un recurso valioso. Quien controla los tiempos es quien controla los fines: el profesional legitimado socialmente para ello. Por eso la metáfora sugiere que perder el control de los tiempos es no disponer de la capacidad de decidir sobre los fines. O dicho de otro modo, quien no controla los tiempos está expuesto a modificar su trayectoria cotidiana por el peso superior de las trayectorias de otros agentes

sociales. La realidad observada indica que el entorno profesional, donde las expectativas de la institución y el médico son elementos clave, puede alterar drásticamente y en profundidad todo el plan de trabajo de una enfermera. En los momentos emergentes en los que ha ocurrido un cambio en la trayectoria de la enfermera, generalmente encontramos el interés de un médico por alcanzar un fin concreto y no previsto de antemano o un requerimiento de un paciente, o familiar, que altera el programa previsto por la enfermera. Las enfermeras "no tienen tiempo para planificar", "no son dueñas de su tiempo", "no marcan los tiempos", "el médico te marca los tiempos". Cualquier residente de primer año, incluso la organización del trabajo de los celadores, altera el ritmo de trabajo de una enfermera. Cuando un profesional dice que la enfermería no puede decidir está coincidiendo con Elliot en la consideración de profesional como aquel que controla los fines últimos de la acción y no la inmediatez técnica de la tarea ejecutada.

Esta metáfora permite entender porqué la atención primaria es el paradigma del ámbito de desarrollo profesional de la enfermería. La consulta de enfermería, y la visita domiciliaria, son ámbitos donde la enfermera y el paciente se relacionan en privado. En consulta 'los tiempo' los marca la enfermera y se los marca a pacientes sobre los que tiene cierta responsabilidad directa y permanente. Las decisiones las adopta según sus propios criterios, basados en unos protocolos que elabora la dirección del Área, y las transmite al paciente en cada acto clínico que se produce (consulta o visita). En este caso se puede objetivar un proceso de toma de decisiones: una enfermera en su consulta dedica explícitamente un momento a obtener información del paciente; otro momento explícito para registrar esos datos e identificar problemas, lo que transmite, tras reflexión, al propio paciente, y un momento para comunicarle las decisiones que ha tomado sobre el mejor régimen de actividades que pueden beneficiar a su estado actual. En este ámbito las decisiones se traducen más en consejos clínicos que en órdenes bajo una prescripción estricta. El objetivo de la enfermera es más modificar hábitos insanos, como analizaremos en el próximo capítulo, que ordenar una técnica o un producto terapéutico. Pero la implicación en el medio o largo plazo, y la forma de transmisión y vigencia, hacen que estas decisiones tengan carácter

estratégico, lo que vincula más esta práctica con las formas de las profesiones que de los oficios.

Otro esquema cognitivo considera que *<decidir es proponer>*, *<decidir es sugerir>*, *<decidir es proponer medidas terapéuticas>*. Cuando le pregunto a Dani si piensa que la enfermería debería de mejorar su capacidad de decisión responde:

No un tratamiento largo, pero sí un poco más de decisión [...] Decidir algún tipo de tratamiento del dolor o de la hipertensión..., [...] si el paciente ya respira mejor... y para comer le cambio la mascarilla de oxígeno por unas gafas... [Dani, EM-23]

Interesado por esta perspectiva de la capacidad de decisión continuó preguntando si toman decisiones en esta planta, y contesta:

Sí, en esta planta sí..., sobre todo hacer consultas al médico..., proponerle...: "pues mira... al paciente le pasa... ¿se le podría dar...?"... "ah, pues sí". [Dani, EM-23]

Elvira también utiliza esa metáfora con la que se sitúa como parte activa en la toma de decisiones. De todas formas no parece un terreno donde ella se mueva con mucha comodidad si atendemos a cómo cambia la forma de su discurso. Habitualmente es rápido y fluido, pero ante esta pregunta se convierte en dubitativo y titubeante, con aparente dificultad para encontrar las palabras adecuadas para expresarse sobre la capacidad de decisión de las enfermeras. Incluso se percibe como cambia el sentido de lo que comienza a manifestar, 'me frustra mucho', para a continuación encontrar una línea de argumentación más acorde con un planteamiento donde ella tiene un papel activo en la decisión final:

Uy, eso es muy difícil. Me frustra mucho decir... Hombre..., hay cosas que decido yo... No sé..., el ejemplo más fácil son las escaras [úlceras por presión en otras partes del texto], por ejemplo... Aquí tenemos una unidad de úlceras que te puede orientar. Las avisamos cuando creemos que algo no va bien, pero..., los médicos ya te pueden decir que esto se cura con no sé qué, que yo creo que no... Es que todo se puede hablar; si luego..., aunque ellos te pongan en el tratamiento médico una cosa... "Mira, es que esto no va bien; de qué vale que tú me pongas aquí una cosa, que yo haga otra o que se le dé y veamos que no funciona". [Elvira, EM-27]

Poder decidir, incluso en un terreno tan manido como el de las úlceras por presión, acaba encontrando el muro competencial de la decisión médica. Lo que empieza siendo *“este es mi territorio y yo decido, aunque el médico diga...”* acaba llevando el discurso a un diálogo cordial con el médico, a quien se le puede convencer con argumentos basados en un saber experto compartido y en una experiencia clínica que dotan a la enfermera de capacidad legítima para intervenir en determinadas circunstancias, pero asumiendo implícitamente que la decisión final la tiene él: *“esto no va bien y no vale de nada que pongas aquí...”*. Esta ambigüedad liminal queda patente al recuperar el diálogo tras una breve interrupción de unos minutos. Al retomar la conversación sobre los límites de la profesión y preguntando por lo que ella considera una buena enfermera:

- *Yo creo que si trabajáramos en equipo real..., los límites quedan tan difuminados que da igual... Si cada uno sabe lo que tiene que hacer.* [Elvira, EM-27]
- *¿Equipo con... el médico?*
- *Con el resto de los profesionales..., generalmente es el médico el que tienes al lado [...] Aquí si trabajáramos en equipo..., pues... depende..., iba a decir auxiliares también...pero depende. En enfermería hay gente que sabe más y gente que sabe menos y tampoco le puedes pedir... La toma de decisiones es de... un poco más arriba [silencio]. Y si todos trabajáramos en equipo... médicos, enfermeras y todo el mundo supiera lo que tiene que hacer... no sé..., los límites se difuminarían y da igual quien lo haya decidido... o hecho... o tal..., si todo el mundo sabía qué era lo correcto... No sé.* [Elvira, EM-27]
- *¿Cuándo dices que la auxiliar las decisiones se toman un poco más arriba?*
- *Que no todas las auxiliares... creo que tengan capacidad... para... decidir..., que no tienen conocimientos suficientes [...] no tienen los conocimientos suficientes de fisiología, anatomía, patología [...] Sí opinan..., igual que yo cuando voy al despacho médico y digo “Oye yo creo que hay que subirle...”, “Pues no mira..., por esto por esto y por esto”, y me lo explican y ya está.* [Elvira, EM-27]

El diálogo sobre los límites de la profesión expresa de forma palmaria la indefinición en la que se mueve la enfermería, encontrando discursos que por un lado defienden unas demarcaciones claras basadas en competencias precisas que cada cuál conoce, y por otro la dificultad de concretarlas, ya que cuando hablamos de tareas concretas es precisamente el momento en el que

aparece el médico con sus prescripciones, y pone en tensión toda la defensa del campo de actuación que se estaba haciendo hasta el momento. Y es en este ámbito de los límites en el que más influiría una clasificación epistemológica de los diagnósticos de enfermería. Explicitaría las competencias concretas de exclusiva responsabilidad de la enfermería. Pero esas clasificaciones y ámbitos de responsabilidad requieren consensos amplios que legitimen a un profesional para resolver los problemas que figuran en ellas. Y también la asignación de responsabilidades fundamentadas en logro de objetivos basados en esas clasificaciones de diagnósticos que se justifican como propios de la enfermería. La asignación de responsabilidades es función de los gestores, como también lo es el negociar y hacer respetar, y exigir la responsabilidad de resolución, en un ámbito de decisiones marcado por los diagnósticos enfermeros; si no se quiere que sean simplemente una etiqueta con la que visibilizar unas prácticas. Pero como he expuesto antes, esos consensos no se encuentran ni siquiera en el interior de la enfermería. En un ambiente profesional dominado por hipertensiones, cianosis, hiperglucemias, arritmias cardíacas, analíticas de sangre y BM-test, con las que identifican diabetes, cardiopatías o neumonías, los déficit de autocuidado para la higiene, patrones respiratorios ineficaces o deterioros del intercambio gaseoso no significan nada, ni para representar una realidad clínica ni para proponer actuaciones concretas. El padecimiento humano es entendido por la enfermera asistencial de igual modo al que lo hacen otros agentes: como enfermedad. La conclusión de la escena protagonizada por Elvira es que confirma la opinión de Dani de reclamar a los médicos el respeto a las opiniones de las enfermeras, y la satisfacción profesional de ver convalidada la opinión personal por el profesional que tiene la responsabilidad de tomar la decisión y que pone su confianza en la de la enfermera:

Yo en el hospital me he sentido muy autónoma [...] Tú ibas a curar... y veías un abdomen no estaba bien... pun, pun, pun, cambiabas todo, porque los médicos... ¿eh?... sabían que... podías hacerlo... Te daban mucha autonomía. [Consuelo, EP-55]

La figura del médico es el factor permanente en la configuración de la autonomía personal. Cuando una enfermera se siente respetada en sus opiniones, y abaladas sus decisiones por los médicos con los que trabaja, se

considera autónoma, como es el caso de Consuelo, que aunque paradójicamente se sienta más autónoma en el hospital, esto es coherente con la metáfora *«decidir es sugerir»* que proporciona autoestima profesional más que el trabajo independiente de la primaria, a priori más autónomo, pero donde ella particularmente no se siente valorada ni por la dirección de enfermería ni por el médico con el que comparte pacientes. Las teorías explicativas de las enfermeras asistenciales sobre su capacidad de decisión manejan el 'respeto médico' como eje vertebrador del discurso mediante el cual su actividad es más o menos autónoma. Se ve, de hecho, por los comentarios de las enfermeras, cómo en medicina interna se da más importancia al deseo de que sus opciones terapéuticas sean tenidas en cuenta por los médicos, ya que en este servicio el tratamiento farmacológico es el eje central del éxito terapéutico y de la evolución del paciente. Asimismo en cirugía general es la capacidad de actuar en determinados campos como en el de las curas, ya que gran parte de la evolución del paciente se cifra en el tiempo que tarda en cicatrizar satisfactoriamente la herida quirúrgica. Por último, en atención primaria esa iniciativa personal, en forma de educación sanitaria, está totalmente avalada por la práctica ausencia del médico, aunque el ordenante sea una prolongación de las decisiones de él, en forma de protocolos, o las interferencias de médicos y enfermeras en el plan de actuación de un paciente sean habituales:

Hablando con el médico y justificándole nuestras decisiones es como ganamos autonomía.
[Rebeca, DH-41]

¿Autonomía?... Bueno..., no al cien por cien... También depende de con quien. Por ejemplo..., una cura..., depende de qué cirujano haya operado a ese enfermo yo sé que puedo tener autonomía para quitar algún punto y lavar esa cura sin ningún problema [...] Pero luego a la hora de prevención y de cuidados directos yo creo que sí que tenemos autonomía... Y..., bueno..., haces un poco y deshaces a tu manera, te organizas un poco el trabajo a tu manera... Y en ese sentido nadie se mete contigo..., ni la supervisora ni nadie. [Beatriz, EC-42]

Yo creo que en este servicio sí nos dejan bastante autonomía... Esto también es una cirugía, en cuanto a decidir quito o no quito, ya te lo comenté, eso depende del cirujano. A ver..., es cuestión de..., puedes insinuar "¿os parece bien el mandar una interconsulta a..., porque este señor...?". [Clara, EC-44]

Pero Jorge, un enfermero experimentado de cirugía, explica con una claridad meridiana la manera en la que se forja esa confianza en la enfermería:

No hay mucha autonomía. Una cosa es lo que me pase a mí. Llevo aquí 18 años y sé para lo que tengo autonomía y sé para lo que no [...] Cuando viene un 'erre menos 1', no 'erre 1' sino 'erre menos 1' pues vale... Cuando ya son 'erre y no se qué' pues ya me han sobrepasado en ciertas cosas y ya saben lo que yo, o el resto de los... habituales, de los de siempre, pues ya saben dónde llegamos y hasta donde llegamos; y la verdad es que aquí tenemos muchísima autonomía. [Jorge, EC-39]

Esta validación personal no la puede tener una enfermera de reciente incorporación a la unidad:

Lo fundamental que le falta a la enfermería es que muchas veces no tenemos nada de autonomía [...] Pero es que la enfermería la mitad de las veces está pillada de los dedos porque nadie se fía de la enfermería muchas veces, ni los propios médicos que trabajan con nosotras. [Mari Mar, EM-26]

Jorge da una explicación fabulosa del modo en el que se va conformando la confianza del médico, formado en la unidad, sobre las enfermeras habituales, y de cómo la autonomía se asiente en una evaluación que hacen los médicos de la valía personal de cada enfermera y no en la legitimidad competencial de los profesionales de enfermería. En función de esa valoración el médico ya experimentado sabe hasta donde puede llegar cada profesional y qué cosas se le pueden confiar y qué no. Por tanto la validación es personal y no profesional. Autónoma es la enfermera y no la enfermería. Podemos hablar entonces de autonomía personal y heteronomía profesional. En este contexto, también se explica que los registros sirvan para dejar constancia de decisiones que mayoritariamente son de carácter táctico y sobre las cuales no se suele necesitar, y habitualmente no se hace, justificar la línea de razonamientos que llevó a ella. De estas decisiones, u opiniones, se hace constar la acción o el comentario efectuado, pero la opinión la transforma en decisión un médico que la avala con su firma: el medicamento que adelantó el enfermero, o la alimentación que retiró a una hora concreta; eso figurará en los expedientes

comentado y firmado por el médico responsable del paciente quien asume la decisión.

En atención primaria se da una situación diferente:

Aquí la independencia es mía. Este trabajo me gusta mucho porque mi relación con los pacientes es autónoma totalmente... Yo creo que este trabajo es mejor... para un enfermero... Es un trabajo donde puedes hacer muchas cosas..., no tienes límites, y en el hospital sí.
[Pedro, EP-52]

- *¿Aquí se ejerce la función independiente más que en el hospital?*
- *Con mucha diferencia. A no ser que estés en un servicio central que esté protocolizado..., aquí eres totalmente independiente.* [Noelia DP-44]

Toda la preparación en cuidados; o sea, toda la educación para que el paciente pueda cambiar unos hábitos [...] yo creo que es la parcela primordial de las enfermeras. [Irene, EP-40]

Es un ámbito que yo creo que era el ámbito. [Nieves, DP-34]

Se considera el lugar por excelencia para desarrollar las funciones que teóricamente tiene la enfermería. El ámbito en el que la acción independiente se puede dar resultados directos y comprobables. Pero esa acción independiente está guiada por un protocolo que dice todo lo que hay que hacer:

Además está todo protocolizado, está todo escrito, está todo en programas, está todo en una cartera de servicios que te dice mínimamente qué tienes que hacer para hacer un proceso cualitativo... de calidad. [Nieves, DP-34]

El protocolo da la independencia. Ser independiente significa que el médico no da la orden directamente, personalmente. Ser independiente se consigue rompiendo ese vínculo directo aunque la orden procede de un protocolo en el que no hay capacidad de decisión real, porque la enfermera solo tiene que identificar los signos que indican un problema y el protocolo proporciona la decisión. Cuando se maneja un protocolo no hay opciones alternativas sobre las que la enfermera ha de elegir según su criterio, sino que se ha de atener a una pauta prevista y que se activa a la luz de datos alterados que se valoran en

consulta. La independencia no se adquiere aquí por la capacidad de decisión sino por la presencia física o no del prescriptor. La independencia consiste en que el paciente recibe la orden procedente de la enfermera en la intimidad de una consulta donde ambos son actores únicos.

La argumentación racional del esquema cognitivo, *«decidir es proponer medidas terapéuticas»*, llevaría a poner en cuestión la tan ansiada autonomía profesional, puesto que ella depende de la supervisión de un actor externo a la profesión. La práctica cotidiana nos muestra que los condicionantes institucionales son ineludibles y chocan con la autonomía profesional, que se mueve en un terreno resbaladizo donde todo se irá acomodando a teorías explicativas que conforman la idea de una profesión con un conocimiento propio que ha de hacer valer, enfrentándolo al poder médico mediante tácticas específicas para cada situación concreta y para cada profesional en particular. El contexto profesional establece así una situación fuertemente jerarquizada en la que se negocia lo colectivo y lo particular para dar acomodo a la teoría explicativa personal, producto de experiencias personales, ideas y conocimientos previos, actitudes particulares frente a ese conocimiento y frente a la realidad social, creencias y valores profesionales y personales, que proporcionan argumentos de un alto poder evocativo que se ajustan a la teoría explicativa satisfactoria en ausencia de evidencias empíricas que permitan conclusiones lógicas verdaderas (García, 1996:209-10). Los dos esquemas, *«decidir es controlar los tiempos»* y *«decidir es proponer medidas terapéuticas»*, proporcionan argumentos que unidos de manera adecuada al contexto y a las circunstancias personales construyen una teoría explicativa satisfactoria, que sitúa a la enfermera en una posición favorable en el espacio profesional. La autonomía para tomar decisiones que supone controlar los tiempos (propios y del paciente), puede ser obtenida por la vía de adquirir el reconocimiento y respeto del último responsable, y no por la cumplimentación de registros tediosos, en los que solo se dará cuenta de las sugerencias aportadas y de las decisiones tácticas, de las cuales hay que dejar constancia. Decidir mediante la sugerencia se ha de completar en una red de implicaciones que incluya el respeto y consideración de los superiores. Por eso a quien no cuenta con esa confianza no le sirve la

metáfora; pero justamente por el mismo argumento que ella proporciona: porque no le aceptan sus sugerencias.

Pero estos dos esquemas cognitivos permiten también dotar de autonomía a la enfermería por asimilación de los dos tipos de decisiones, tácticas y estratégicas, permitiendo admitir en la teoría explicativa lo que la lógica rechazaría:

- *¿Tomas decisiones en esta planta?*
- *Aquí sí. [Clara, EC-44]*
- *¿Qué decisiones tomas?*
- *A lo mejor no son..., o no esperas a que el médico te diga... No sé..., como en otros... Yo creo que... con los cirujanos tomas decisiones en el sentido de que no esperas a que te digan: "Retira puntos". Drenajes y eso sí. Cambias medicación de intravenosa a oral. [Clara, EC-44]*
- *¿Eso lo puedes hacer?*
- *Sí... A ver... Sí porque te dejan... o..., sí... porque parece que no... están tan al tanto: "oye, le das dieta, retirar sueros y le has seguido dejando la ranitidina®..." o "... toda la analgesia oral". Hombre también con el tiempo sabes lo que van cambiando unos y otros [...] A ver si les parece bien o no. El típico dolor precordial haces tú el electro, das cafinitrina®, avisas al médico. En ese sentido es lo que solemos hacer todas... Que a veces vamos adelantando situaciones. [...] Tampoco te han pegado ningún corte..., porque sabes a quien se lo dices y a quien se lo haces. O sea, yo creo que ellos también se fían. Yo creo que en ese sentido sí tomas decisiones. [...] Se lo comentas vamos. [Clara, EC-44]*

La vigencia del esquema cognitivo *<decidir es proponer medidas terapéuticas>* para elaborar teorías explicativas satisfactorias, se puede comprobar en la forma de entender Elvira la laxitud liminal como una ventaja profesional. Cuando hablamos de profesiones y de competencias estamos hablando de límites. Los límites demarcan campos, la falta de demarcación busca igualar, identificar, asimilar. Probablemente la imagen de la *<difuminación>* que maneja Elvira aporta precisamente ese argumento, emocionalmente poderoso, de colocar a médicos y enfermeras en plano de igualdad, o al menos de cercanía, donde no debería de haber una separación tan drástica de campos competenciales y por tanto más identidad: en un ámbito competencial donde los límites se difuminan, las

opiniones se convierten en decisiones. En cambio la auxiliar sí precisa de los límites, y son los conocimientos en fisiología, anatomía y patología (prototipo por excelencia del conocimiento biomédico) lo que establece la separación de estatus: quien los posee en cantidad suficiente y quien no. El recurso culturalmente más efectivo para indicar posición en la jerarquía social son las metáforas orientacionales: *«Arriba está el conocimiento»*, *«arriba es más capacidad»*, *«arriba está la autoridad»*. Se deriva de esto una escala jerárquica, ya que al decir que las decisiones se toman a nivel superior, que el de auxiliar, y la enfermera ha de consultar al médico sobre sus decisiones, el orden queda claro. Ante la dificultad de definir conceptualmente las límites de la enfermería en los que este profesional sea la autoridad máxima para adoptar decisiones legítimas, se opta por definir, en primer lugar, un campo conceptual con elementos claramente biomédicos (fisiología, anatomía, patología), dotar a ese dominio cognitivo de la máxima capacidad de decisión y finalmente, mediante una metáfora orientacional situarlo arriba, una posición privilegiada culturalmente, utilizando la orientación espacial para clasificar categorías profesionales que de otra manera son difíciles, o más bien incómodas, de conceptualizar. Lugar en donde se encuentra el médico y por asimilación la enfermera, a la que se le autoriza a entrar previa evaluación de su competencia, y a la que no podrá acceder la auxiliar por inadecuación curricular. Estar en diálogo con el que ocupa la posición más elevada supone elevarse; estar más arriba, donde se toman las decisiones; compartir el espacio cualitativo aunque no siempre en la forma ortodoxa en la que el superior toma las decisiones. Compartir con él el espacio es compartir las capacidades profesionales. Esta deseada difuminación de límites, que no es exclusiva de Elvira, haría innecesarios los diagnósticos enfermeros y un método específico para tomar decisiones; el método clínico clásico y los diagnósticos médicos, tan familiares para las enfermeras asistenciales, serían dominios cognitivos comunes que definirían un campo competencial compartido por médicos y enfermeras y en el que el árbitro de los conflictos sería el reconocimiento y respeto mutuo.

De lo visto hasta ahora se puede inferir la ambigüedad cognitiva del dominio en el que se mueven las decisiones de las enfermeras. Se reconoce un ámbito de competencias profesionales en las que la enfermera toma decisiones

irrefutables para pasar a delimitar con enorme ambigüedad ese dominio. En el trabajo etnográfico se ha podido constatar que el ámbito de decisiones de las enfermeras está constituido por rutinas que afectan a tareas de marcado carácter técnico. Esta rutinización de los procesos en los que la enfermera impone su autoridad probablemente hace de lastre a la hora de desarrollar una compleja metodología de toma de decisiones, ya que apelando a la anteriormente comentada economía de esfuerzo es difícil, cuando no heroico, acudir a un complejo sistema de argumentación teórica de una decisión cuando la rutina ha conseguido automatizar el proceso. Esto solo se podría lograr si se consigue convencer a las enfermeras de las mejoras en los resultados obtenidos sobre el paciente, o en otras de carácter más crematístico.

Al comienzo de este capítulo hice las siguientes preguntas: ¿Los profesionales modifican la manera de tomar decisiones clínicas, respecto al modelo tradicional, mediante la incorporación de un método clínico concreto?, ¿incorporar a la práctica cotidiana el PAE implica incorporar esa forma a la manera de pensar de los profesionales?, ¿el PAE incorpora a la perspectiva teórica de los profesionales el modelo teórico que propone la autoridad promotora del método clínico?, ¿utilizan las enfermeras soluciones emanadas de los modelos conceptuales de enfermería para resolver problemas de los pacientes? La respuesta a estas preguntas viene a confirmar el carácter procesual de los fenómenos sociales, puesto que las condiciones materiales del contexto en el que se producen son condicionantes poderosísimos de las representaciones cognitivas con las que los individuos orientan sus decisiones. Implantar un método para tomar decisiones sin modificar las condiciones materiales en las que se han de adoptar esas decisiones, resulta inútil. Las condiciones materiales en las que se produce la práctica profesional y que está en la base de los procesos cognitivos que las justifican, son las competencias de los profesionales para responsabilizarse de la resolución de problemas concretos. Ello proporcionaría la base para que las enfermeras pudieran reflexionar sobre los problemas bajo un marco teórico novedoso con el que interpretar las relaciones conceptuales que se producen entre el padecimiento del paciente, sus causas, las respuestas, y en consecuencia el tratamiento derivado de todo ello. Si esto no se modifica, los documentos que pretenden

servir de guía para tomar decisiones clínicas de carácter profesional, seguirán siendo simplemente sistemas de registro de acciones ejecutadas. Acciones que por otro lado no podrán pasar de ser derivaciones técnicas (biológicas o psicológicas) de la aplicación de un conocimiento médico. A pesar de dotar a la enfermería de responsabilidades concretas para resolver determinados problemas, es muy probable que sus reflexiones y consecuentes decisiones siguieran la senda marcada por la biomedicina dado que los modelos teóricos propuestos por las élites intelectuales se alejan mucho epistemológicamente de los conocimientos procedentes de las teorías expertas que manejan otros agentes sanitarios, especialmente el médico, y que nutren los sistemas explicativos populares con los que los individuos representan la salud y la enfermedad y que les organiza sus expectativas, sus fines y sus acciones sociales.

El Proceso de Atención de Enfermería no ha logrado transformar la forma de tomar decisiones clínicas. Tampoco ha servido de vehículo para la transformación paradigmática de la visión de las enfermeras por medio de la introducción del modelo conceptual de Virginia Henderson, con el que se aplicaría una sistemática que ordenase la búsqueda de datos para valorar globalmente las necesidades del paciente. Tampoco se han incorporado elementos sistemáticos de ese modelo, como es la búsqueda de las fuentes de dificultad o los factores modificadores de las necesidades; la diferenciación consecuente de problemas que puede resolver de forma autónoma la enfermera y aquellos que requieren la intervención del médico, y propuesta de acciones basadas en alguno de los tres niveles de relación terapéutica con el paciente: sustitución, ayuda o acompañamiento, para lograr conductas positivas del paciente que logren en un plazo concreto el mayor nivel posible de independencia.

El análisis cognitivo del proceso de toma de decisiones de las enfermeras, ha mostrado la fuerza de los tropos para destacar lo que al profesional le resulta relevante y mediante evocaciones crear imágenes potentes, con las que se marcan los elementos más significativos del universo profesional de la enfermería. La pérdida del control sobre los propios movimientos es una de las

primeras preocupaciones que asaltan a la enfermera en su acción cotidiana. No poder responder a las expectativas de pacientes y profesionales hace que la enfermera busque, en primer lugar, garantizar el objeto preciado que le va a permitir ser dueña de los pasos que da: la información. La información, como objeto que se porta y transmite, es el elemento imprescindible para estar orientada y en disposición de fijar objetivos propios. El contenedor de esta información es, por un lado la propia enfermera y también la documentación clínica, que en forma de aplicación informática aporta algunas e importantes ventajas, si bien varios inconvenientes relacionados con la falta de tiempo por la sobrecarga de trabajo. Estas metáforas ontológicas que nos remiten a objetos cotidianos con los que asimilamos la forma en la que manejamos material altamente sensible para el profesional, se someten a varias transformaciones cognitivas para convertir el concepto burdo de un recipiente en una metáfora estructural de una gran potencia evocadora: *«El Gacela-OMI es el ordenador»*. Con esta transformación es coherente asimilarlo a conceptos igualmente abstractos pero difícilmente racionalizables: El PAE, los diagnósticos de enfermería y los modelos conceptuales de enfermería. Para una enfermería asistencial que no les encuentra una aplicabilidad directa a su práctica, y por tanto no dispone de recursos cognitivos suficientes como para racionalizar sus propuestas y crear imágenes adecuadas que les permitan fijar sus conceptos y estructuras principales, el recurso de la informática da suficiente coherencia teórica a unas lógicas que buscan acomodar los valores profesionales personales, con los colectivos, entre los que se encuentra el discurso teórico hegemónico y la visión tradicional de la enfermería. Las enfermeras toman decisiones fundamentalmente con conocimientos de receta, y este programa-ciencia proporcionaría los recursos necesarios para realizar el proceso de forma cómoda y fiable y permitiendo la transmisión de la información y la coordinación entre profesionales. El tener el recipiente-Gacela/OMI-ciencia lleno de la información sobre las tareas que realiza la enfermera hace de altavoz de los valores profesionales y esto les confiere la legitimidad social precisa para ejercer las competencias con plena autonomía.

La práctica de la enfermería se ha movido siempre en el terreno de las decisiones tácticas, y ahí continúa. El PAE, con todas las taxonomías

asociadas que las élites intelectuales propugnan como imprescindible para la transformación profesional de la enfermería, es un método complejo que puede ser útil para deliberar y adoptar decisiones estratégicas. Imponerlo para tomar decisiones tácticas es tan excesivo que las reacciones de rechazo son comprensibles. La clave no está en incorporar un método para que las enfermeras tomen decisiones, sino en proporcionarles un conjunto de problemas sobre los que decidir. Si no se modifican las responsabilidades sobre un catálogo concreto de problemas (basado en diagnósticos NANDA, podría ser), al no darse las condiciones materiales que hagan necesario incorporar al modelo cognitivo enfermero los procesos de toma de decisiones estratégicas, por economía de esfuerzo, no parece lógico esperar un cambio de actitud cognitiva que propicie la adopción de un método como el propuesto.

CAPÍTULO 5. EL CUIDADO: SÍMBOLO PROFESIONAL

El simbolismo cultural crea una comunidad de intereses pero no de opiniones

(Sperber, 1988: 168)

Es un recurso clásico definir la enfermería con el adagio: *La medicina cura y la enfermería cuida*. Se tiene el cuidado como un elemento central de la profesión, como así lo señalan Francisco, Benavent y Ferrer (2001: 19): *"...de lo que no cabe ninguna duda es de que la aportación específica de la enfermería a la sociedad, a lo largo del tiempo y en todos los lugares, se centra en los cuidados de salud"*. Pero como bien advierte Magdalena Santo Tomás (1997: 5), la palabra *cuidado*, en sí misma no nos induce a pensar en la acción exclusiva de ningún grupo de personas, ni en acciones concretas, y para definir *cuidar*, en el sentido profesional que le da la enfermería, es preciso matizarlo y analizarlo. En efecto, en nuestra cultura cuidar tiene un ámbito de significación muy amplio, que se deduce de la etimología de la palabra que los griegos utilizaban para describir esas actividades. *Therapeía* significó originalmente el acto de cuidar los objetos del templo, y la palabra *therápaina* tenía en el griego clásico el sentido de persona dedicada al cuidado, bien del templo, bien de su casa. La *terapéutica* no consistió primariamente ni formalmente en curar sino en cuidar. Se entiende así la sentencia médica que dice: *"curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre"* (Gracia, 1996). Esta relación del cuidado con una actividad sagrada, de elevada consideración, ligada a elementos de carácter intelectual, se recoge en la etimología latina de cuidar, *cogitare* que significa "pensar", de ahí que su primera acepción en el Diccionario de la Real Academia Española (2001) sea *"poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo"*; es en la segunda donde aparece el sentido de *"asistir, guardar, conservar"*. La centralidad del cuidado lo demuestra, no solo por el hecho de ser uno de los cuatro conceptos esenciales que están presentes en todos los modelos teóricos y que se conoce como el metaparadigma enfermero: Persona, Entorno, Salud y Cuidado de Enfermería, sino porque los

otros cuatro elementos están subordinados a él: *"Puesto que el centro de interés de la disciplina enfermera se refiere a la esencia, al corazón y al alma, o sea al cuidado, la disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud"* (Kérouac 2005:63). En consecuencia con lo dispuesto por el discurso de las élites intelectuales, cabe esperar que las representaciones cognitivas de las enfermeras estén salpicadas de múltiples conceptos procedentes del ámbito de las ciencias biológicas, pero sobre todo psicológicas y sociales, si atendemos a los planteamientos de las principales teóricas en los últimos sesenta años, y que están brevemente resumidos en el anexo I.

La abrumadora presencia del término 'cuidado' en la literatura profesional me impidió observar un hecho del que me advirtió la Dra. Álvarez Plaza: En la práctica cotidiana la palabra cuidado no se usa con la profusión con que se hace en la literatura, y términos como atención o técnica son más habituales. La revisión posterior de mis notas de campo y las entrevistas formales fueron confirmando este extremo. Pero el dato definitivo lo constituyó la constatación de que en los 'comentarios' elaborados al final del turno de trabajo, y de los que informé en el capítulo 2, cuando aparece 'cuidado' lo hace dentro de una fórmula retórica con la que se quiere expresar que lo que se debe de realizar ha sido ejecutado: *"Administrado tratamiento médico y cuidados de enfermería"*:

Tú los haces [los cuidados] y luego registras en los comentarios "Realizados cuidados de enfermería, administrado tratamiento médico". Y es que... como sabes que no vas a poder confirmar [actividades en el Gaceta] y en algún sitio tiene que quedar constancia de que tú lo has hecho pues pones "Realizados cuidados de enfermería", que es una cosa como... muy genérica. [Mónica, EM-35]

Si hay que hacer extras sí pongo en los comentarios "Cuidados correspondientes". [Marina, EM-44]

Lo que pasa es que también es verdad que lo de los cuidados... como que lo tenemos muy integrado..., como que nunca hablamos de ello [...] La verdad es que entre nosotras

hablamos poco de los cuidados y hablamos del tratamiento... todo a nivel muy médico.

[Sonia, EM-28]

Otro hecho observado fue que las enfermeras apenas registraban decisiones que no fueran órdenes médicas. Cuando se puede identificar una decisión adoptada por una enfermera, ésta tiene un marcado carácter técnico y notifica una acción que ha sido realizada en un momento concreto y de la que no se espera una continuidad. En un contexto profesional en el que se toman pocas decisiones estratégicas²⁸ y el término cuidado apenas es utilizado, salvo en expresiones retóricas o cuando se refieren a un plan de actuación que figura en el registro informático (Plan de cuidados del Gacela), ¿qué sentido le dan los profesionales de enfermería cuando se refieren a él?

Los cuidados en el discurso profesional

El análisis de este término es preciso realizarlo en los discursos de los profesionales, tanto espontáneos como solicitados durante el trabajo de campo. Puesto que la antropología cognitiva estudia la relación entre la sociedad y el pensamiento humano (D'Andrade, 1995:1), es lógico considerar los discursos etnográficos como el principal aliado del antropólogo en su estudio de los procesos de construcción cultural. Los discursos tienen dos vertientes: una expresiva y otra cognitiva. Son tanto la emisión de un mensaje a través de la palabra o del texto escrito, como una actividad racional en la que se manejan ideas y conceptos; y todo ello se produce en un entorno social porque a él responden y a él devuelven sus conclusiones. Por ello, en su análisis habrá que atender tanto al discurso explícito, que es manifestado como palabra, y al implícito, el razonamiento que la precede (García, 2000: 81). En esta tarea acudiré a dos estructuras de conocimiento compartido como son los esquemas

²⁸ En el capítulo anterior denominé así a las que buscan atender a un objetivo fijado por la enfermera y permanecen en el tiempo, siendo respetadas por el resto del equipo.

cognitivos y teorías explicativas. Estas últimas son un conjunto de proposiciones interrelacionadas que describen la naturaleza de un fenómeno general, y a diferencia de los esquemas son declaraciones explícitas de los actores sociales. Se construyen frecuentemente sobre tópicos muy generales y abstractos (D'Andrade 1995:172-3). Son conocimientos compartidos por un número más o menos amplio de personas y su papel en la estructura del discurso es explicar la co-ocurrencia de los esquemas y su significado, cumpliendo la función de guías en la selección de los elementos que se utilizan en su construcción y de aglutinar coherentemente los acontecimientos particulares de un mismo relato (García, 2000: 89; 2002:330).

Toda teoría explicativa de lo que es el cuidado parte de la comparación con un concepto de referencia fundamental: 'técnica'. El discurso de la enfermería, sobre el cuidado, utiliza expresiones construidas sobre la técnica, a la que se añaden elementos que le proporcionan un valor superior: *«cuidado es más que técnica»*, o a la que se le opone: *«cuidado es lo otro»*. Los profesionales, con independencia del ámbito en el que desarrollan su actividad, definen metonímicamente el cuidado al relacionarlo con lo que hacen; acciones del mundo clínico tal como se dan en la experiencia real. Pero lo relevante de esta referencia es que centran el foco en un conjunto de actividades que tienen un carácter peculiar: las técnicas, a las que supera y de la que se diferencia:

Para mí el cuidado abarca más que una técnica... [Noelia DP-44]

Una técnica es una parte muy pequeña de lo que puede ser un cuidado. [Nieves, DP-34]

Técnica es más... que... que... sólo estás en eso..., que te centras sólo en eso [...] Y el cuidado es algo más..., no sé... [Esther, EC-28]

Para mí el cuidado es todo lo demás... [Amelia, EP-50]

Técnicas llamo a todo lo que el médico pone en el tratamiento y que tú tienes que realizar [...] Eso es tratamiento médico [...] Cuidado le llamo a lo otro... [Marina, EM-44]

El cuidado es 'algo más', 'lo otro', 'no sé'... Son términos ambiguos que Lévi-Strauss denomina *signos flotantes*: aquellos que por no tener un significado concreto su papel consiste en adquirir cualquier contenido mediante la exposición al pensamiento simbólico (Lévi-Strauss, 1979: 34-42). Porque en el esfuerzo por explicar el cuidado se necesita una complementariedad entre el significado y la cosa significada, como condición esencial del pensamiento simbólico que ha de ser completo y acabado, y estos términos cumplen la misión de establecer ese equilibrio.

Son términos que pretenden evocar aspectos relevantes de la práctica enfermera con los que dotar de valor profesional al concepto que por excelencia representa a la enfermería. Pero también parecen relegar los aspectos no médicos a un plano secundario: es lo que va después, lo que viene más tarde; es la actividad que acompaña, o sucede, a la acción principal y que como indicaba Sonia, es de carácter médico. En consecuencia no hacen sino remarcar la importancia y centralidad de los elementos técnicos en el universo cognitivo de la enfermería. Esta subsidiariedad de 'lo otro' no solo es una forma de expresarse las enfermeras cuando se les pide que definan el cuidado y que indiquen ejemplos prácticos en los que se refieren a aspectos no médicos de la atención a los pacientes, como también constató la Dra. Rayón (2006: 227), 'lo otro' es un apartado de la 'Ficha de Ingreso' que le realizan al paciente en el hospital cuando llega a la planta ('otros datos') donde incluyen aquello *"que puedan interesar a nivel de enfermería"* [Cristina, M-44]. Cuando los profesionales explican la visión que tienen de su propia contribución a la salud del paciente, 'lo otro', lo hacen con ideas previas que tienen de la enfermería, su propia ideología profesional y las experiencias que se dan en su práctica cotidiana.

Cuidado técnico

La técnica es desarrollar una acción en ese momento, la pones y eso es la técnica... Y el cuidado es... qué es la sonda, para qué se pone y para qué te va a servir, y qué cuidados tiene, después qué seguir haciéndole a la sonda. [Javier, EM-43]

Técnicas, a sacar unas analíticas..., hombre puedes aplicar cuidados derivados de sacar la analítica, pues, efectuar una buena compresión, realizar una técnica estéril. [Sonia, EM-28]

Las técnicas..., las actividades que te prescribe el médico de extracciones..., de poner sondas..., de retirar sondas, de poner sueros, de coger vías. Eso viene dado por prescripción médica [...] Cuidados de enfermería..., una vez que yo he puesto una sonda... una sonda nasogástrica para alimentación enteral..., una vez que yo la he puesto, ahí entran los cuidados de enfermería. Yo tengo que vigilar que esté bien colocada, la tengo que rotar para que no me haga úlceras..., cambiarle el apósito..., porque si dejas el esparadrapo una semana... pues... y... esto ya son cuidados. Yo cuido de que ese dispositivo esté bien. [Mónica, EM-35]

El cuidado según esta teoría explicativa es una actividad que busca que los dispositivos técnicos sean funcionales o las acciones técnicas se mantengan en estado óptimo. La metonimia *«Cuidar es mantener un dispositivo en funcionamiento»* es un tropo que define el cuidado por lo que la enfermería hace. Para definir el cuidado se quedan dentro del dominio técnico y por contigüidad incorporan acciones que le van a dar un carácter diferencial, que le proporciona el modelo cognitivo completo. Como he expuesto en los capítulos anteriores, el dominio de la técnica biomédica es abrumador. La prescripción médica pone en marcha el cuidado mediante una acción imperativa e ineludible. Por tanto, hacer referencia a un ámbito exclusivamente médico es una forma de explicar el cuidado perfectamente ajustado a hechos empíricos, y a una inmensa mayoría de actividades cotidianas que se circunscriben a ese ámbito, así como a la propia ideología de profesionales que centran su visión del cuidado en las actividades técnicas que tienen una efectividad biológica directa. Este margen de actuación que le queda a la enfermera, al decidir cuando y cómo aplica los cuidados del dispositivo, es lo que convierte a una acción técnica en un cuidado profesional. Según esta teoría explicativa es difícil imaginar un cuidado sin prescripción previa; de hecho las explicaciones anteriores parecen condicionarlo. Sin que sea exclusivo de medicina interna, la presencia constante del internista en la unidad, cerca del paciente y revisando continuamente su evolución y el cumplimiento de sus órdenes, hace que esta teoría sea más frecuente escuchársela a profesionales de esta unidad. El

cirujano, por contra, centra más su actividad en el quirófano y el enfermo en la planta está más al cargo de la enfermera, que maneja otras teorías explicativas.

Cuidado vigilante

Técnica es algo puntual y cuidados de enfermería es una atención general; que el paciente esté vigilado, cómo está el paciente en cada momento. [Marisol, EM-39]

Para mí las técnicas... una tarea más. Yo lo considero una acción. Lo que considero un cuidado es la continuidad de vigilar esa sonda, si orina, si no orina, si está bien puesta, si al enfermo le duele... [Cristina, EM-44]

Para mí el cuidado abarca más que una técnica... A ver... el sondaje es una técnica y el cuidado requiere perseverancia, vigilancia, observancia... [Noelia DP-44]

Y luego yo creo que estar muy pendiente del diagnóstico; estar encima. [Esther, EC-28]

Vigilar dota al cuidado de un sentido muy literal, propio del término. Recuerda la acepción del DRAE (2001) de “*poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo*” . Es observar, ver y darse cuenta de lo que ocurre al paciente; lo que permite una actividad planificada. Entra así en consonancia con la visión moderna de la enfermería que propone un método para la identificación de problemas y la planificación de intervenciones resolutivas. Añade a la visión biológica de la atención, un componente activo y personal, que no es la mera ejecución de una orden.

Cuidado, todo eso que entra dentro de la vigilancia. [...] Los cuidados de que vigiles la herida, de que vigiles el no sé qué..., el observar, el ver..., el..., bueno el preguntar. [Marta, EC-31]

Cuidado sería la protección de talones, el lavado bucal, la higiene corporal, eeh..., la fisioterapia respiratoria, la deambulación... son cuidados. Cuidados pues, sería más lo que engloba el... pues darte cuenta de que tiene esto, tiene lo otro [...] Cuidados en cuanto a la deposición de pacientes..., pues el darte cuenta de si hace deposición, si no, una dieta, el

ponerle esta dieta para que haga o poner una astringente para que no haga; y luego la técnica sería el poner el enema. [Emma, EC-32]

La vigilancia busca reconocer precozmente los signos de alarma que se dan en las enfermedades. Una dimensión temporal aparece en el cuidado, ya que vigilar también es anticiparse: *<cuidar es anticiparse>*.

El cuidado... El concepto del cuidado... Y sigo con lo que... con... con mi misma idea, es decir, para mí el cuidar es anticiparme al problema..., es decir..., cuidar... cuidar... es... anticiparme al problema al cuál no se puede anticipar la persona... Es decir, estaría muy próxima a mi idea..., a los términos del autocuidado... [Isidro, DH-30]

Como vemos en la cita de Isidro, cuidar se construye como concepto más poliédrico que lo que se podría esperar de la connotación de una característica única, como analizaré más adelante. Pero en la cita anterior 'anticiparse' parece el elemento capital en la vacilante definición de lo que es cuidar. Anticiparse pone en valor el tiempo, que evoca la capacidad de adelantarse a un objeto que discurre o emerge ante nosotros. La propia medicina acude a esa imagen mediante el concepto de 'la historia natural de la enfermedad'²⁹ (Domínguez Carmona, 1988: 30), que nos coloca ante nuestra propia experiencia del paso del tiempo. En este caso el cuidado adquiere un elevado valor al tratarse de una actividad que no es la mera ejecución manual, sino el conocimiento de la previsible evolución de la enfermedad en su tránsito a través de las etapas que el profesional es capaz de identificar, mediante la observación de sus signos característicos, y el conocimiento de los procedimientos de actuación antes de que se alcance la siguiente fase de la enfermedad, más grave que la presente.

²⁹ Término acuñado por Leavell y Clark en 1965 y que implica las fases que cursa la enfermedad, en ausencia de tratamiento, desde que el organismo interactúa con factores causales externos o internos hasta su desenlace final.

Cuidado preventivo

Los cuidados es evitar, es más evitar, es más para prevenir [...] Yo puedo no rotar la sonda, pero si no la roto y si nadie la rota le sale una yaga, [...] o enseñar a la familia para evitar consecuencias de una alimentación mal dada. [Marina, EM-44]

Las curas..., lavado de boca..., el..., bueno también el aseo del enfermo, la movilización, la alimentación..., el prevenir, la prevención, el hidratar mucho al enfermo para que no haya úlceras... Todo eso. [Beatriz, EC-42]

Para mí los cuidados..., los cuidados..., para mí sería... ¿eh?... poner al paciente para que no llegue a utilizar la clínica. Si yo doy unos cuidados en cuanto a cambios posturales no llego a tener que utilizar la técnica de la cura de las úlceras por presión. Además los cuidados tienen que ser los cuidados en cuanto a la atención de paciente... de trato, de trato, de trato. [Begoña, EP-59]

El discurso sobre la prevención tiene una estrecha relación con la vigilancia y la metáfora de la *«anticipación»*. Prevenir implica tener activa la imagen de una trayectoria continua en el tiempo, por el que discurre la enfermedad al ir acumulando en el camino factores morbosos. La imagen crea un tropo, *«evitar»*, que remite a la 'historia natural de la enfermedad' a la que se va a interrumpir en su desarrollo e impedir que el paciente llegue a su destino final, 'la clínica', donde la enfermedad tendría que ser tratada por técnicas más agresivas. El discurso de que la enfermería tiene una misión fundamental en la prevención está muy en la línea de las principales corrientes teóricas, y siendo potente en el ámbito hospitalario, es particularmente contundente en la atención primaria (cuya función primordial es la prevención de enfermedades: *«que no llegue a la clínica»*). En este ámbito, donde la enfermedad no ha hecho su irrupción apabullante, la enfermera tiene un lugar destacado fomentando los factores benéficos que ralenticen el curso de la enfermedad o lo reviertan. Es por tanto, el destino preferido por la mayoría de las enfermeras al ser un lugar donde teóricamente mejor se desarrollaría la enfermería moderna:

Primaria es un campo muy interesante para la independencia de la enfermería [...] Primero trabajas siempre con un médico, trabajas con una persona [...] Y luego los pacientes son

tuyos..., tuyos..., no pasan por quince manos [...] La primaria tiene una parte muy importante que a mí me gusta mucho, que es la educación sanitaria... Creo que es fundamental. [Rocío, EU-53]

Una buena sanidad para nosotros quizás sea la primaria...; ahí tú desarrollas mucho en plan educativo [...] dar una charla... poder informarles, dar consejos... y explicarles un poco también qué es una enfermera. [Javier, EM-43]

Atención primaria es más prevención. Haces más cosas a nivel nuestro [...] lo fundamental es enseñarle muchas cosas..., lo de las dietas, muchísimas campañas... [Marisol, EM-39]

El cuidado como factor preventivo se aleja de la técnica al centrarse en la educación. No consiste en administrar vacunas para evitar contraer una enfermedad, que las enfermeras identifican con una técnica común, sino el enseñar al paciente 'hábitos saludables' con la intención de modificar 'estilos de vida':

Lo que yo pretendo es que usted [se dirige a un paciente en consulta] modifique hábitos y genere otros más sanos. Se considera que un hábito dietético se consolida a partir de 21 días. [Amor, EP-50]

Ya sabes que esto no es una dieta..., esto es un cambio de hábito [...] Haciendo esta dieta se consigue. [Marta, EP-52]

Al considerar los estilos de vida como rutinas cotidianas que se pueden modificar mediante la intervención exclusiva de la voluntad, adquiriendo hábitos mediante conocimientos de receta, la actividad preventiva adopta características de tipo más intelectual y personal, al tratarse de una forma de transmisión de conocimientos desde un experto hacia un lego. En la enseñanza existe una posición de superioridad intelectual que en la técnica no se destaca, necesariamente. La educación, tanto la individual en consulta de enfermería o domicilio como la colectiva en talleres, es una actividad directa del profesional hacia el paciente sin intervención ni prescripción del médico:

Y cuidados es... eso... pero... luego... el dar indicaciones al paciente..., enseñarle las dietas..., enseñar movilizaciones, enseñar a los ancianos que las alfombras son peligrosas... [Luisa, EP-61]

Técnica es todo lo que implique trabajo con instrumental: vías, preparar..., cargar vacunas..., administrar medicamentos..., realizar una cura. Cuidados es más... el... el... informar..., el transmitir cómo se mejora el proceso de salud. [Irene, EP-40]

La enseñanza también está presente, de manera privilegiada en la teoría de V. Henderson (anexo IX), quien postula como una de las formas de intervención la educación sanitaria cuando la fuente de dificultad es la falta de conocimiento del paciente, o el refuerzo constante en caso de que haya falta de voluntad. Todo ello con la intención de que el paciente sea independiente lo antes posible, como reza la definición de la autora.

Cuidado psicológico

Cuidado es el conjunto de cosas que haces para que la gente se sienta bien; no solo técnica. Y técnica es una actividad que tú haces para valorar el estado de la persona o para darle un tratamiento. Con una intención física... no con una intención psicológica. [Mercedes, EP-27]

Te digo lo mismo, a parte de los cuidados físicos, el ayudar al aseo, el ayudar a vestirse, es que implica todo, es todo. Yo lo psicológico le doy muchísima importancia, pero mucha, es básico. [Cristina, EM-44]

El cuidar para mí no es hacer una técnica... No es ser el técnico del médico [...] El cuidar es hablar con el paciente..., continuamente. El saber sus problemas, no solo sus problemas de ingreso, sino sus problemas con su familia, sus problemas con el trabajo... cualquier tipo de problemas que le pueda surgir. El tener una confianza con él... mutua, y tú darle confianza también a él... Y a lo mejor no consiste en hablar con él, sino simplemente... en... el entrar... y la mirada... la del paciente te dice mucho en la forma que ellos te miran o la forma en que ellos te hablan... Eso es lo prioritario que tiene que tener una enfermera. [Rebeca, DH-41]

Eso es lo que yo veo como un buen cuidado, poder hablar y tratarlo como persona. [Javier, EM-43]

Es inevitable unir tradición y modernidad en el análisis de esta teoría explicativa, ya que conjuga cualidades atribuidas a la imagen tradicional de la mujer, tanto en el ámbito familiar como en las instituciones religiosas, dedicada a una atención abnegada, amable y afectuosa. De otro lado se nutre de elementos procedentes de teorías psicológicas que tanto han contribuido a los modelos conceptuales más modernos. También incluye conocimientos populares sobre el valor terapéutico de la compañía y el consuelo. Esta fusión de caracteres moviliza varias metonimias con las que se representa una actividad benéfica y bondadosa al unirse a conceptos como empatía y escucha activa, que dotan al cuidado de incuestionables valores humanos y científicos: *«Cuidar es hablar», «es escuchar», «es consolar», «es acompañar», «es tratar con amabilidad»*. Esta teoría considera esencial que cuando la enfermera entra en la habitación de un paciente, o está con él en su consulta, escuche sus inquietudes, le transmite su comprensión y consuelo y aplique las técnicas acompañándolas de afecto y cercanía. El efecto benéfico que produce parece deberse a este bálsamo que proporcionan los afectos aplicados profesionalmente:

Yo creo que cada uno se deja cuidar hasta donde quiere [...] Yo creo que el paciente sabe a quien dirigirse... “Ay ponme tú la cuña que eres más simpática” [...] Pero te llaman porque para ponerle la cuña tú le hablas y otras no. [Marina, EM-44]

Sobre todo escuchar al paciente..., porque sí..., porque hay muchos pacientes que necesitan ser escuchados [...] Que sí, que dentro de lo que cabe lo hacemos..., pues bueno los animas y te echas unas risas con ellos..., y eso sí. Pero yo creo que eso es fundamental. [Esther, EC-28]

Una técnica es... Lo podemos meter como una parte de un cuidado... pero la técnica tú tienes que seguir un protocolo. A ti te enseñan a coger una vía, y eso es una técnica. Que eso se le puede enseñar a un administrativo. Otra cosa es que a la vez que estás cogiendo la vía tú estás hablando con el paciente y establezcas ahí una relación..., que eso está claro que el administrativo no lo va a poder hacer como lo hace la enfermera. [Rebeca, DH-41]

Cuidar es... ayudar, proteger, guiar..., acompañar..., ayudar a que... llegue a estar lo mejor posible [...] Es la parte que más me gusta de la enfermería, que a veces hay que hacerla muy técnica. Cuidar es invisible... Yo creo que es invisible. No puedes explicar qué es cómo cuidas. Es decir, cuidas cuando una persona viene aquí y está triste o preocupada... y le haces, dentro de lo que puedes, que hable y le escuchas..., y le facilitas el que en un momento determinado si quiere llorar, pueda llorar..., o... cuando llega con la tensión hable también y ver lo que pasa o no pasa. [Amelia, EP-50]

Pero la explicación del efecto terapéutico de la charla no supera el tópico popular. Se habla para pasar el rato; eso sienta bien; distrae; hace a la persona sentirse acompañado; en definitiva proporciona bienestar y el bienestar es un objetivo en sí mismo:

Les podemos dar recetas para dos o tres meses pero ellos prefieren cada uno, porque así vienen y te cuentan sus cosas y charlan contigo y pasan el rato. Muchos de ellos si no no salen de casa. [Manolo, EP-29]

La realidad empírica parece ajustarse más a conocimientos de receta que proceden de la tradición y del sentido común, que a los conocimientos científicos que una profesión demanda:

Muchas veces el personal sanitario lo que aprende son estereotipos de comportamiento. Pues un paciente le ves preocupado y le preguntas "¿qué le pasa que hoy le veo preocupado?", "es que tengo miedo a que me voy a morir", "¡venga hombre! cómo se va a morir", y entonces nos damos media vuelta y nos vamos. Entonces, ¿qué estamos haciendo? Si le preguntas, pero cuando te dicen el problemas dices "bueno y ahora me tengo que enfrentar al problema y yo ¿cómo le digo a este señor que tiene miedo a la muerte...? Pues yo no sé enfrentarme a eso y aprendo un estereotipo, una manera de enfrentarme a eso, como una broma para salir del paso". [Cristina, DH-44]

Castellanos et al (1997) concluyen, en términos parecidos, que la planificación y prestación de cuidados encaminados a proporcionar apoyo psico-emocional es prácticamente nula. Parece evidente que las cosas no han cambiado mucho.

Diálogo entre el conocimiento popular y el experto

Las cuatro teorías explicativas hasta aquí descritas, y especialmente en esta última, manejan de forma errática ideas, conceptos, valores y creencias, que acomodan a sus prácticas cotidianas para explicar el concepto cuidado, surgiendo sus teorías particulares de la flexibilidad con la que seleccionan y agrupan los elementos de esa amalgama. Linde habla de la forma en la que determinados conocimientos expertos nutren la cultura popular para dar explicaciones de fenómenos que exceden las posibilidades del sentido común (como expuse en el capítulo 1). Denomina a estos constructos culturales 'sistemas explicativos' y sirven para entender, evaluar e interpretar experiencias o relatos de experiencias y también dar una guía para conductas futuras (Linde, 1987:351-2). De igual modo considero que los grupos expertos construyen teorías explicativas de conceptos importantes para su colectivo sin ajustarse necesariamente a la literalidad de las teorías científicas que nutren su conocimiento profesional, y atendiendo más a experiencias personales y colectivas que modulan las ideas teóricas procedentes de la ciencia. La enfermería ha desarrollado una teoría experta que pretende dar cuenta del cuidado y sus principios funcionales. En cambio los discursos y las prácticas producidos por los profesionales, no se acomodan a la letra de sus teorías expertas, como cabría esperar, sino que se negocian entre este conocimiento experto y los sistemas populares, construyendo las teorías explicativas arriba descritas. Estas teorías, al igual que lo hacen las teorías culturales en los sistemas populares, toman sus argumentos de la experiencia práctica cotidiana y de un número reducido de conceptos presentes en el sistema experto; adoptan estos conceptos aislados pero no el sistema completo, y, lo que es fundamental, estos conceptos del sistema experto que se han incluido no contradicen otros procedentes de la experiencia práctica, de teorías previas o de creencias, que son frecuentemente personales y colectivas pero de un fuerte carácter identitario.

El análisis empírico de la práctica enfermera desvela la inconsistencia de la premisa principal del cuidado psicológico: "la enfermera establece una relación con el paciente, que es distinta a la que puede establecer un lego en la materia

y tiene un carácter terapéutico por la sistemática de acciones específicas como hablar, escuchar, consolar, etc.". Queda de manifiesto la falta de una estructura teórica que permita abordar los problemas que ellas mismas indican como importantes. El discurso mezcla el valor cultural que se le otorga a una atención afectuosa, esmerada y diligente, junto con el conocimiento científico de la eficacia de técnicas psicológicas tales como la escucha activa, entre otras, y la experiencia empírica del reconocimiento que ese cuidado obtiene por parte del paciente, como indiqué en el capítulo 3. De lo que adolece la teoría explicativa es de un sistema completo que relacione los problemas, sus causas y las medidas terapéuticas para abordarlo. Pero proporciona la cobertura discursiva que justifica la presencia y la conversación, como un valor profesional y propone esa actuación, a la que se le asigna un valor terapéutico. La coherencia del sistema se prueba con la no contradicción de ideas, valores y creencias compartidas en el colectivo profesional y en la cultura popular, sin hacer preciso su convalidación empírica. En esta misión juegan un papel fundamental los tropos, asociando conceptos vagos a campos más significativos para los actores sociales y, principalmente, por la movilización de emociones que dotan de valor a los conceptos que pretenden definir. Así se puede hablar de que la 'relación con el paciente' es el elemento esencial del cuidado: 'la esencia de la profesión', aunque se aplique, como decía Cristina, un 'estereotipo de comportamiento' aprendido más del modelo cultural de cuidador familiar que de teorías científicas provenientes del campo de la psicología, que proporcionen técnicas concretas de atención empática, escucha activa o técnicas psicodinámicas de afrontamiento de problemas agudos. Un caso que llama la atención es el de la categoría de 'no colaborador', que por metonimia se asigna a los pacientes que no siguen las directrices de las enfermeras y tienden más a ser receptores pasivos de los cuidados que sujetos activos. En aplicación de la teoría hendersoniana, una enfermera debería contemplar a ese paciente como un problema profesional ya que no se proporciona autocuidados porque no sabe no quiere o no puede. Identificada la 'fuente de dificultad' abordaría el problema proponiendo alguna acción que lo tratara de resolver. La realidad clínica es que esa etiqueta se utiliza como advertencia del tipo de comportamiento que se puede esperar de

ese paciente (al igual que ocurre con la etiqueta de 'demandante'), y previene al resto de profesionales, dando explicación a una conducta y proporcionando pautas de actuación o de evitación. Son auténticos esquemas cognitivos, y como tal proporcionan parte de la información y ocultan otra que los expertos saben leer. Son etiquetas que adquieren carácter peyorativo y tildan a un individuo de una condición sobre la que no se piensa actuar porque no se espera que tenga modificación posible.

La flexibilidad de las teorías culturales permite también que los informantes utilicen elementos de varias de ellas y se ajusten a circunstancias cambiantes o complementen aspectos de la explicación que no quedan suficientemente argumentados:

Cuidados de enfermería es que yo una vez que tengo una vía periférica, una vía central, un drenaje, eso hay que mantenerlo en las mejores condiciones posibles higiénicas y de seguridad... Cambios de apósitos, postura. Cuanto tiempo está un apósito sin cambiar; movilizar a un paciente con drenajes; educar a familiares y pacientes para que si se puede sea independiente... Otros cuidados... el ver la piel del enfermo cuando estás lavado con el celador y la auxiliar; el movilizarle y enseñarle a que lo pueda hacer sin que me llame... Que duerma..., la intimidad. [Paloma, EC-41]

En el discurso, tanto espontáneo como en el solicitado, los elementos que configuran las teorías pertenecen a la cultura profesional compartida y surgen para dar forma a ideas personales, a contextos particulares que se crean en el propio discurso o que se dan en la práctica, cambian con el ámbito en el que se aplican y se reclaman para hacer valer un aspecto considerado relevante. Así Isidro, que centraba su visión del cuidado en la anticipación a problemas médicos que podían surgir, también habla de la atención psicológica como elemento del cuidado, pero explicitando un equilibrio que necesita puntualizar:

El cuidado..., el concepto del cuidado...; y sigo con lo que... con... con mi misma idea que en la entrevista de la semana pasada, es decir, para mí el cuidar es anticiparme al problema..., es decir..., cuidar... cuidar... es... anticiparme al problema al cuál no se puede anticipar la persona..., es decir, estaría muy próxima a mi idea... a los términos del autocuidado. Es decir, el suplir... el cuidado por suplencia, el suplir las funciones de aquella persona que no puede..., que no puede suplir. A mí el término necesidades no me gusta [...] Nos estamos refiriendo a

las heridas, a las úlceras, a las sondas..., y para mí eso son cuidados... Y después psicosomáticos ¿no? sin ser almas de la caridad ¿no? [...] Que todo tenga una evidencia; que la ayuda en un duelo a una persona, no está porque yo sea bueno, sino porque soy profesional y sé ayudarlo en el duelo, y sé por dónde tengo que guiarlo para que esa persona consiga cicatrizar su herida del coco. [Isidro, DH-30]

La anticipación no es un concepto unitario y completo que satisface las expectativas de Isidro. Une elementos de la teoría enfermera, como el autocuidado y la suplencia, y de teorías psicológicas, pero manifestando su lejanía de ideales religiosos en la actitud de los profesionales. Con la metáfora *«herida del coco»* evoca componentes biológicos que es posible reparar con técnicas concretas que procedan, en este caso, del campo de la psicología. Esta posición ideológica es uno de los factores, quizás el principal, que hace que los discursos se desplacen desde un polo en el que se situaría la profesionalidad más técnica y en otro el humanismo más espiritual unido al concepto de vocación:

Tenemos que ser profesionales y dejarnos ya de la humanidad y de la vocación. [Elvira, EM-27]

La vocación es un término muy desprestigiado para algunos profesionales por sus connotaciones religiosas y que consideran que vincula a los profesionales de la salud con sus pacientes por medio de la idea de llamada de tipo místico, más que por un interés intelectual y una vinculación de tipo económico:

Yo no me siento para nada un enfermero vocacional, me siento un profesional. Es más, la gente que dice que es vocacional... no me gusta cómo trabaja [...] Cuando pretendes analizar ese concepto... te lo encuentras vacío: "¿vocación de qué?", "de ayudar al prójimo" [...] Yo en cambio sí me siento obligado a formarme... Entonces ahí yo es donde veo yo... más que vocación es responsabilidad como profesional. [Pedro, EP-52]

Vocacional no soy..., es decir, me gusta la profesión..., pero si no me pagaran no trabajaría..., supongo. [Concha, DH-46]

En otra parte de la entrevista Elvira matiza sus palabras anteriores y le pone límites a la profesionalidad concebida en términos de estricta técnica biológica:

Sí, si yo puedo ser muy profesional, pero si no miro a los ojos al señor... Tampoco hay que pasar del todo al nada. [Elvira, EM-27]

Las cualidades de un buen profesional son una buena técnica [...] pero interrelacionado con la parte del cuidado, la parte humana. [Marta, EC-31]

Se ha podido apreciar en varias citas de los informantes cómo hablan dubitativamente del cuidado, al que tras una primera definición suelen sucederle matices, cómo buscan ejemplos en la práctica real en la que reafirmar sus comentarios para definir un concepto de difícil concreción:

Técnica es más como una ejecución... lo que haces. Y cuidado es más un seguimiento... o un acercamiento..., no un mimo..., una atención. [Nuria, EC-24]

Sobre todo intentar que la estancia del paciente sea lo más cómoda posible, desarrollando y curando su enfermedad, pero poniéndose en su lugar. [Dani, EM-22]

Es por ello que el discurso de un profesional, difícilmente se ajusta literalmente a una teoría explicativa concreta, para definir el concepto de cuidados, y así como le sucede a Nuria a Isidro o a Dani, también otros matizan sus primeros comentarios y se mueven por varias dimensiones para ajustar sus ideas y sus prácticas en un todo coherente con el modelo general.

Esquemas cognitivos del cuidado de enfermería

La amalgama de experiencias, ideas y conceptos que se fusionan en las teorías explicativas de los informantes, solo adquieren coherencia cuando se identifican los esquemas cognitivos que subyacen inconscientemente en los discursos, tanto explícitos como implícitos. García (2002) considera los esquemas como organizadores de las experiencias del pasado con las que trabaja la memoria, para estructurar los discursos. Por tanto son las estructuras cognitivas que dan sentido unitivo a los discursos, al colocar todos los

elementos experienciales y conceptuales en una estructura única y coherente, que explica la realidad y también cumple la misión de ser un elemento motivador de la conducta, como indican Quinn y Holland. Los esquemas cognitivos son estructuras de conocimiento compartido que solo son identificables en el discurso a través de un análisis científico, puesto que no constituyen declaraciones explícitas, como ocurre con las teorías culturales. Los tropos son una potente herramienta, para desentrañar los campos cognitivos a los que acuden los individuos para dotar de significado a los elementos más representativos de su cultura, y como hemos visto, el cuidado está presente en el discurso de los profesionales a través de dos tropos, que surgen espontáneamente cuando las enfermeras se disponen a definir ese concepto: *«Cuidado es más que técnica»* y *«cuidado es lo otro»*. Dos tropos que compendian el sentido que se le da al cuidado y reflejan la ambigüedad del concepto profesional por excelencia. La metonimia *«el cuidado es más que técnica»* inicia una definición por referencia a un concepto concreto, claro y bien estructurado: 'la técnica'. Como se evidencia en las entrevistas a los informantes toda concreción del concepto cuidado pasa previamente por su comparación con el concepto de técnica. Situarlo respecto de ese concepto, o complementarlo con aditamentos de todo tipo, es lo que ha ocurrido en las teorías explicativas. La metonimia relaciona al cuidado con un ámbito contiguo ampliamente conocido por experiencia directa, como es el campo de las técnicas clínicas que se aplican constantemente en la atención a los enfermos. Así va preparando el terreno para completar con signos flotantes que adoptando diversos contenidos, permiten al cuidado adquirir cualidades profesionales: *«Cuidado es lo otro»*, *«todo lo demás»*, *«algo más»*, *«es más que»*:

Para mí el cuidado abarca más que una técnica... [Noelia DP-44]

Una técnica es una parte muy pequeña de lo que puede ser un cuidado. Un cuidado es un proceso global... y en principio estructurable [Nieves, DP-34]

La técnica es un hecho concreto. El cuidado es muchísimo más. [Concha, DH-46]

Técnica es más... que... que..., solo estás en eso... que te centras solo en eso [...] Y el cuidado es algo más..., no sé... [Esther, EC-28]

Cuando yo hablo de cuidado hablo de que... se valora la situación, se toman decisiones..., y dentro de esas decisiones está la técnica, pero... están otra serie de cosas ¿no? [Celia, DP-41]

Técnica es un procedimiento... [...] Para mí el cuidado es todo lo demás... [Amelia, EP-50]

No es técnica y más cosas, es que lo que aporta el cuidado le da más valor. Los discursos hablan de la técnica como algo mecánico, rutinario, que se ajusta a un procedimiento estandarizado y de ejecución relativamente simple relacionada con habilidades físicas. Las técnicas a las que se refieren no son simplemente una acción técnica, como puede ser retirar una cuña, dar un vaso de agua o retirar una botella de suero. Es un procedimiento completo que suele requerir la utilización de diversos materiales y dispositivos. En cambio el cuidado está dotado de una propiedad, difícil de definir, que aporta beneficios y que están vinculados al conocimiento intelectual y al establecimiento de relaciones personales y con el trato al paciente:

Yo creo que la enfermería sin valoración, diagnósticos y cuidados no funcionaría; sería una máquina de hacer técnicas, [Emma, EC-32]

Desde el pensamiento enfermero la técnica es lo que menos importa. Una técnica la puede aprender un técnico, pero una enfermera es más que un técnico, mucho más que un técnico. [Cristina, DH-44]

Así de infravalorada la técnica, cuando tratan de referirse a su contribución profesional su escasa consideración puede encontrarse en la historia de nuestra sociedad. Max Weber (1983) habló de ocupaciones negativamente privilegiadas y positivamente privilegiadas. Las primeras, que corresponden a los oficios, han tenido la característica tradicional de ser ocupaciones manuales, en tanto que las segundas, relacionadas actualmente con las profesiones, han sido, aunque no exclusivamente, ocupaciones intelectuales, y siguen hoy en esa tendencia. La razón de que la sociedad considere a los oficios como “negativamente privilegiados”, probablemente tenga relación con que en la Grecia Clásica las artes serviles, eminentemente manuales, eran ejercidas por los siervos y esclavos, mientras que las artes liberales lo eran por

los hombres libres (Gracia, 1992). Por otro lado la legitimidad social que otorga la posesión de un conocimiento científico, en el que apoyar las decisiones, dota de prestigio a las ocupaciones que basan su especificidad funcional en éste, frente a las actividades cuyo mérito es desarrollar ciertas habilidades de tipo manual, que se ponen a disposición de otro profesional que es quien decide sobre los fines de la acción.

En este contexto la enfermería define el cuidado por relaciones semánticas de contraste, y por tanto proposicionales, con la técnica y lo hace generando un modelo cognitivo que está constituido por los esquemas proposicionales que establecen los polos de tres importantes dimensiones relacionadas con la actividad, con el tiempo y con la intervención profesional:

<i>Técnica</i>	<i>Cuidado</i>
Manual	Intelectual
Sincrónica	Diacrónico
Decisión médica	Decisión enfermera

Manual - intelectual

Técnicas yo lo considero manos. [Noelia DP-44]

Técnica es un procedimiento... Generalmente va a tener que ver con las manos [...] Para mí el cuidado es todo lo demás... [Amelia, EP-50]

Cuidas bien cuando vas con calma y le puedes hacer caso al paciente al que atiendes. Lo haces mal cuando vas con prisas y te remites a la técnica rutinaria. [Nuria, EC-24]

Las técnicas están claras, es todo aquello que requiere habilidades manuales. Todo lo que no son habilidades manuales, por ejemplo la entrevista con el paciente, la entrevista dirigida... y terapéutica, yo creo que son cuidados de enfermería... [Pedro, EP-52]

Técnica es cuando es simplemente una actividad manual, que puede hacer cualquier persona con una formación; en cambio el cuidado es cuando entra ya el criterio enfermero. [Lucas, EC-25]

La técnica a la que las enfermeras se refieren es una técnica simple que cualquiera con un adiestramiento sencillo puede realizar. No es el caso de la enfermería el de la alta cualificación técnica que requieren actividades como las del dibujante o el orfebre, ni tampoco aquella que implica amplios conocimientos científicos para tomar las decisiones que guían a las manos, como ocurre en el caso paradigmático del cirujano. Algunas enfermeras, para referirse a la técnica utilizan la metonimia *«técnica son manos»*, a las que se dota de escaso valor profesional (lo manual) y que contrastan con la actividad intelectual, que se relaciona con actividades de mayor prestigio profesional. Las enfermeras están refiriéndose a actividades que requieren una destreza física que se adquiere de manera casi innata o tras un adiestramiento simple que cualquier lego sería capaz de completar en poco tiempo. Cuando se les pide la enumeración de las principales técnicas, la lista es recurrente: coger una vía, poner una inyección, administrar medicamentos, poner vacunas, sacar sangre para analíticas, poner una sonda nasogástrica o vesical, hacer curas, tomar la tensión, hacer un BM-test. En cambio *«Cuidar es un producto de una deliberación de la enfermera»*:

Es que es complicado... No sé... El cuidado es..., pues eso..., tener tiempo y capacidad para valorar el enfermo entero, no solo esa vena que le tengo que coger y tal y no sé qué, y el brazo. Que te dé tiempo a... ver bien al enfermo y saber si está mejor o peor... Es que hay veces que te pones a escribir y dices, si no le he mirado a la cara hoy yo a este señor... [Elvira, EM-27]

Una diferencia fundamental con la técnica pasa porque el cuidado es una actividad que se hace en primer lugar y fundamentalmente a través del conocimiento de la persona enferma. Ver supone un acto consciente de estar presente ante el otro y aprehender los datos necesarios para adquirir el conocimiento preciso sobre él; es un ingrediente importante de la teoría explicativa 'Cuidado vigilante'. La puesta en marcha de una técnica es un acto mecánico, automático, manual; por el contrario el cuidado requiere reflexión, actividad intelectual.

En cambio el cuidado es cuando entra el criterio... de la persona... Para mí una cura de una herida no es una técnica, es un cuidado, porque necesita una discriminación, un criterio de la persona. Para mí un cambio postural no es una técnica [...] tienes que valorar el entorno, tienes que valorar el estado del paciente, tienes que valorar millones de cosas para hacer algo tan técnico como es un cambio postural. [Lucas, EC-25]

Valorar y basar la acción en un criterio personal del profesional son conceptos asociados al cuidado. Cuando una enfermera valora y decide es posible considerar cuidado cualquier actividad manual, que de otro modo sería solamente técnica. El conocimiento de los problemas del paciente mediante el estudio directo y minucioso convierte una acción técnica en un cuidado. La observación de la realidad nos indica que esos cambios posturales, a los que alude Lucas, son habitualmente realizados por auxiliares y celadores: ¿Son cuidados o son técnicas si el agente es otro y no le atribuimos discernimiento sobre la actividad manual que realiza? Un discurso más elaborado lo encontramos en los directivos, igual de titubeante que el resto de las enfermeras cuando abordamos este asunto del cuidado, pero con elementos que proceden de los modelos conceptuales enfermeros, como es el caso de V. Henderson que alimenta la argumentación de Celia, subdirectora de Atención Primaria:

Bueno, es verdad que los cuidados uno se los hace a sí mismo ¿no? [...] Pero es verdad que hay veces que esos cuidados básicos de las personas, por circunstancias de enfermedad, de desarrollo y demás, se pueden ver alterados. Entonces ahí la enfermera tiene que intervenir... valorando..., tomando la decisión de cómo hay que modificar o en qué hay que intervenir... y enseñando o haciendo... o haciendo parcialmente [...] En el domicilio un familiar hace la técnica, yo le enseño a realizar una cura y él la hace, desinfecta ahí, cubre... Pero no hace un cuidado porque no valora; yo voy una vez a la semana y valoro. [Celia, DP-41]

Los cuidados requieren un conocimiento teórico y la técnica no; los cuidados implican decisiones y la técnica no. La ejecución de la técnica es la simple consecución de unas acciones precisas que no tienen más opción que ser ejecutadas de esa forma. Disponer de un conocimiento extra que me permita modificar la acción terapéutica transforma la técnica en cuidado. La enfermera cuida porque tiene la posibilidad de decidir otra opción, de las que dispone por

conocimiento propio. La ejecución de la misma acción por parte de un familiar, no es más que una técnica porque realizan tareas que reproducen miméticamente las que enseñó la enfermera, pero no tiene posibilidad, por desconocimiento, de modificarla. Pedro, que trabajó muchos años en hospital, donde incluso ocupó cargos de dirección, opina parecido; y aunque interpreta que la actividad de enfermería es técnica, aporta un interesante concepto: supervisión de cuidados. Este acto de supervisar, al requerir conocimientos para reconocer problemas, aportar soluciones y evaluar resultados, transforma la técnica en cuidado:

Los cuidados, tal y como se entiende del diccionario, los cuidados los hace la familia. Los enfermeros ni los de primaria ni especializada hacemos cuidados. En el hospital se hacen las técnicas... y en primaria, el concepto de atención... a pie de cama no lo hacemos tampoco, porque no estamos ahí. Supervisamos los cuidados. Es decir, a la familia le digo que haga unas cosas, las hace y yo las superviso. [Pedro, EP-52]

Sincrónica - diacrónico

Las enfermeras dicen de la técnica que es una acción que se puede concretar en un instante específico de tiempo: *«la técnica es un hecho puntual»*. Se representa como un punto en el continuum asistencial en el que se efectúa la acción técnica. Hay un instante cronológico en el que se puede delimitar el intervalo exacto que dura la ejecución manual de la actividad considerada 'técnica' (canalizar una vena, implantar una sonda vesical): podemos constatar el inicio y el final de la acción en un intervalo concreto e ininterrumpido de tiempo. El cuidado, por el contrario, es una actividad que se distribuye ampliamente por la escala temporal: *«El cuidado es una secuencia de acciones en una escala temporal»*. Algunos profesionales extienden la secuencia temporal a todas las actividades que se le realizan al paciente durante el tiempo que permanece bajo la atención de las enfermeras. El cuidado 'dura más tiempo' que la técnica; en ocasiones 'dura todo el tiempo'.

Técnicas yo... es poner una inyección, una vacuna, tomar una tensión... Todo eso yo lo englobo dentro de técnica. Pero los consejos que puedas dar o cómo, por ejemplo ya el seguimiento... yo ya lo veo más como cuidado... Las dietas..., el explicar [...] Eso lo englobo más en cuidado, aunque no sé porqué... Técnica es algo muy puntual, que haces y..., no que no

importe qué pueda suceder después, pero tampoco tienes que valorar un seguimiento [...] En cuanto implica más un seguimiento ya empieza a ser más un cuidado. [Laura, EP-23]

Es algo [el cuidado] que requiere periodicidad, continuidad, no es algo que se realiza y ya está. [Noelia DP-44]

El cuidado también requiere tiempo para desplegar todas las capacidades de la enfermera. El cuidado no se puede concretar en un momento y su ejecución es más prolongada, por lo que se requiere de un tiempo adicional, como indica Elvira, que no se le exige a la técnica:

El cuidado es..., pues eso..., tener tiempo y capacidad para valorar el enfermo entero [...] Que te dé tiempo a... [Elvira, EM-27]

En la dimensión temporal del par técnica-cuidado el cuidado entendido como un proceso diacrónico dota a estos conceptos de otra propiedad y es que hace considerar a la técnica como algo inaplazable, mientras que el cuidado puede esperar a momentos en los que no imperen las exigencias físicas que fuercen a la enfermera a actuar como *«una máquina de hacer técnicas»*. Cuando se activa el imperativo técnico, esta acción deja un rastro tras de sí que puede ser seguido por un supervisor como un elemento observable: se coge una vía y queda puesta en el brazo del paciente; se toman las constantes vitales y se registran en el Gacela; se pone una sonda nasogástrica y se ve el tubo saliendo por la nariz del paciente y el fluir de los jugos gástricos hacia una bolsa, etc. El cuidado al prolongarse en el tiempo es más difícil de supervisar en momentos concretos. Además en algunas teorías explicativas el cuidado está basado en inobservables, como la compañía, la empatía, la amabilidad. Puesto que su efecto se debe a una sucesión de atenciones, la no ejecución de una acción concreta en un momento dado no contradice la eficacia final del cuidado.

Decisión médica - decisión enfermera

La actividad intelectual que implica el cuidado le asigna una propiedad de tipo profesional, como es la autonomía. Que cuidar implique una actividad intelectual, reflexiva, desarrollar un proceso intelectual que desde la

identificación de los signos de alarma lleve a una decisión personal que solo compete a la enfermera, y como es diacrónico y descansa en elementos generalmente inobservables, solo puede ser supervisado eficazmente por ella, esto convierte al cuidado en una actividad autónoma, del mismo modo que la técnica es heterónoma:

Cuidado, lo que tú valores que necesite... en cuestión de cuidado de la piel, curas..., por aquello de que ellos nos dejan bastante autonomía en..., "lo que tú veas". [Clara, EC-44]

En opinión de muchos profesionales, la autonomía se da porque deja ámbitos de decisión a la enfermera y así se van definiendo espacios profesionales. En esta dimensión, muchas enfermeras sí establecen una clara oposición binaria al identificar explícitamente la técnica con lo que prescribe el médico y el cuidado lo que decide la enfermera:

Los cuidados los encamino un poco más a lo que el paciente no puede hacer por él solo, y las técnicas a lo que el médico me está diciendo que le haga al paciente. [M^a del Mar, EC-27]

Técnicas es todo lo que es sacar analíticas... Técnicas llamo a todo lo que el médico pone en el tratamiento y que tú tienes que realizar. Para las técnicas hay un protocolo que se hace; o sea tú no puedes decir "pues yo voy a poner la sonda como a mí me da la gana", no, la sonda hay que ponerla estéril y hay un protocolo para hacerlo como hay que hacerlo. Y los cuidados yo puedo hacerlos antes o después, yo puedo priorizar si hay muchas prisas y ese día paso de rotarle la sonda. Es decir, son técnicas que yo puedo hacerlas cuando yo quiera, modificar o no hacerlas, porque por que yo no las haga ese día no va a pasar nada. No son continuas. [Marina, EM-44]

Técnica es un procedimiento..., generalmente va a tener que ver con las manos... y que está dirigido o bien para curar o bien para diagnosticar..., y que la mayor parte de las veces... no es algo que esté definido o pedido o que nosotros sintamos la necesidad... Es decir... es una prueba para otros. [Amelia, EP-50]

En consecuencia, la técnica es el producto de una prescripción médica directa o de un protocolo de actuación, y en ambas ocasiones el criterio de la enfermera tiene poco lugar en ellas. Los protocolos son procedimientos específicos que se han de llevar a cabo en una situación determinada y que las

instituciones sanitarias y los médicos establecen para asegurar la coherencia y la calidad de los cuidados (Diccionario enciclopédico Taber, 2008). En cualquier caso la tarea permite una variabilidad escasa o nula (el esparadrapo para fijar la aguja puede ser de tela o de plástico o de malla; el grosor de la aguja se adapta al calibre de la vena, etc.; pero la forma de ejecutarla es invariable). Al no existir opción alternativa, la técnica no permite decisiones que no sean tácticas³⁰:

Yo creo que la técnica es algo... más... como más específico, que sigues un protocolo... unos pasos. Lo veo como más protocolizado y una cosa que más o menos todos tienen que hacer de la misma manera. Y los cuidados... lo veo como algo más..., algo más general... Que a lo mejor los cuidados también incluyen técnicas... Lo veo más como más global. [Mercedes, EP-27]

La prescripción médica diferencia técnica de cuidado mediante otra propiedad característica: los cuidados son todas aquellas actividades que solo el profesional decide cómo y cuando hacerlas y supervisa su realización. Por el contrario las técnicas están sometidas a la supervisión heterónoma y su ejecución es ineludible y ajustada a un procedimiento invariable. Es obligado hacerlas, con un margen muy estrecho de tiempo entre el momento fijado por la prescripción y la ejecución, y su realización deja un rastro objetivo y supervisable por el prescriptor. El cuidado es autónomo, pero también es colectivo ya que implica a todo un equipo que actúa 24 horas (la enfermería 24 horas a pie de cama). La responsabilidad es compartida y al no proceder, habitualmente, de una orden directa su supervisión es más compleja. Esta ausencia de performatividad en las indicaciones de las enfermeras, tiene relación con la idea ya expuesta en el capítulo 4 de la falta de autoridad intraprofesional de la enfermería: las enfermeras no ordenan a otras enfermeras y además se considera que no tienen ni esa autoridad ni esa capacidad; sí los médicos, a quien se reconoce la capacidad de establecer los límites en los cuales la enfermería se mueve cómodamente. La dimensión profesional y la temporal se unen aquí en una alianza que permite distender el

³⁰ Se definieron así, en el capítulo 4, las que permiten hacer operativa una orden estratégica. Son aquellas que deciden cómo aplicar en concreto la acción prescrita por otro agente (calibre de sondas o catéteres, lugar de implantación, equipo utilizado para su implantación, etc.)

tiempo y difuminar así la responsabilidad. Solo los profesionales individualmente pueden comprobar la marcha de los cuidados que ellos mismos han prescrito. Aquellas atenciones que son obvias para todo el que comparte los conocimientos exigidos (las enfermeras), son puestas en marcha y controlables exclusivamente por ellas, porque están 24 horas a pie de cama y solo así se puede constatar su ejecución. Ellas pueden evaluar indefinidamente, comprobar, pero también aplazar indefinidamente. El médico pasa un momento y comprueba la ejecución. Un proceso diacrónico es ejecutado en una secuencia amplia de sucesos y acciones y siempre puede ser controlado más tarde.

La dicotomía heteronomía-autonomía es probablemente la clave diferencial que permite distinguir lo que definen como técnica o como cuidado. 'Cuidados son acciones autónomas' y 'las técnicas son acciones prescritas por el médico' son dos esquemas característicos del modelo cognitivo que organiza los discursos con los que la enfermería define el cuidado. En esta premisa van encajando experiencias y conceptos variados que configuran una representación del cuidado cercana a planteamientos propios de profesión moderna, a la que se aspira, sin renunciar a encajar elementos de la experiencia personal que están en la memoria del informante o conceptos y planteamientos ideológicos profundamente arraigados tras la dilatada práctica profesional. Un ejemplo de ello es el uso que en atención primaria dan algunos profesionales al concepto de protocolo, que vemos en el hospital íntimamente relacionado con la técnica. Allí por el contrario es un elemento de autonomía, ya que permite aportar soluciones a los problemas que plantea el paciente, en la intimidad de la consulta, y sin más intromisión entre ambos que el conocimiento profesional del protocolo que garantiza la mejor praxis enfermera. Cuando Luisa, Manolo o Begoña hablaban de la bondad de los patrones funcionales para el seguimiento de pacientes (capítulo 4) estaban apelando a la virtud de estas estructuras informáticas como protocolos de actuación para tipos de pacientes concretos:

Está bien porque el ordenador lo que ha hecho ha sido aunar el trabajo de todos en una sola dirección. Es decir, yo si quiero tratar un hipertenso ya no me planteo abrir un librito y

mirarlo, ¿no? Me voy al ordenador, abro el protocolo y ahí me dice exactamente lo que tengo que hacer, no tengo ni que pensar. [Pedro, EP-52]

Cuidado inefable: símbolo profesional

En las entrevistas formales me resultó sorprendente la dificultad de todos los profesionales al definir el término cuidado. Tanto enfermeras asistenciales, como de gestión, y con independencia del ámbito (especializada o primaria), lo primero que destaca al abordar este tema son los problemas que tienen las enfermeras para encontrar los términos precisos con los que expresarse y continuar con el discurso fluido que mantenían hasta ese instante. Los titubeos y silencios son continuos; se recurre a tropos y ejemplos prácticos para suplir la falta de elementos explícitos que articulen un concepto abstracto y estructurado:

Es que es complicado... No sé... El cuidado es..., pues eso... [Elvira, EM-27]

Eso lo englobo más en cuidado, aunque no sé porqué... Técnica es algo muy puntual. [Laura, EP-23]

Este último comentario nos sitúa ante una clave, y es que las enfermeras no siempre saben conceptualizar el cuidado, no siempre saben dar razón de lo que consideran cuidado, pero disponen de un conjunto de esquemas culturales de lo que para ellas es y qué atenciones merecen esa consideración. El cuidado es un concepto indefinido, abierto a múltiples interpretaciones, pero de una enorme utilidad cognitiva para expresar la especificidad de la profesión enfermera. El concepto gana significado predicando de él ciertos tropos: *<cuidado es más que técnica>*, *<cuidado es lo otro>* y *<cuidado es todo>*. Pero son tropos, 'signos flotantes' que adoptan distintas formas para adaptarse a la experiencia y a los conocimientos que moviliza el profesional en su práctica diaria. Esta inefabilidad es la que dota al cuidado de su carácter simbólico, puesto que acaba adquiriendo sentido por evocación, en un proceso que, coincidiendo con

Sperber (1988), cumple una función cognitiva al permitir manejar el término como si fuera un concepto concreto y delimitado y que puede ser sometido a pruebas de validación y de contradicción.

El cuidado es el símbolo por excelencia de la profesión enfermera. Una profesión en plena transición entre diferentes formas de entenderla transfiere esa ambigüedad a su concepto emblemático. El cuidado, por lo tanto, permanece como un concepto inefable mientras no domine una visión unitaria de la enfermería. Las tensiones entre enfermedad y problema enfermero, entre curar y cuidar, entre medicina y enfermería se conjugan para buscar entre todo el archivo de la memoria personal ideas, conceptos, valores y prácticas que proporcionen una definición satisfactoria a las aspiraciones profesionales, sin conseguirlo. En efecto el cuidado no es una figura retórica que ha de representar algo distinto que ella, sino que los profesionales lo utilizan como un concepto que permite estructurar una arquitectura en la que es el elemento clave y va a sustentar el sentido propio que los expertos le dan a la profesión. El cuidado es el elemento dinamizador de una profesión en transformación y cumple las funciones cognitivas al articularse en proposiciones donde su valor evocado supera la lógica de las premisas que maneja y el valor de verdad empírica de estas. Como símbolo, tiene valor cognitivo solo dentro del grupo experto que lo define, porque solo para ellos tiene el sentido profesional que le pretenden dar; pero también puede variar de un individuo a otro.

Sperber plantea que ante una nueva información el dispositivo conceptual construye y evalúa representaciones conceptuales a partir de: proposiciones focales, que describen la información nueva, y proposiciones auxiliares, que sirven de nexo entre la información nueva y la memoria enciclopédica. Si las unas fracasan en el describir y las otras en efectuar el nexo, la información nueva no puede ser integrada en el saber adquirido. Pero cuando una representación conceptual fracasa en establecer la pertinencia de un objeto, no se desecha sino que se convierte ella misma en objeto de una segunda representación y en este caso pasa a depender del dispositivo simbólico. Este trata de establecer la pertinencia de la representación conceptual defectuosa

inventándole una pertinencia y hallándole un puesto en la memoria. El tratamiento simbólico implica dos aspectos: por una parte, un desplazamiento de la atención, o *focalización*; y, por otra parte, una búsqueda en la memoria, o *evocación*. En primer lugar, el *foco de la atención* se pasa de las proposiciones focales a la condición insatisfecha, de manera que pueda ser revaluada. La *evocación* consiste en ir pasando revista y sometiendo a prueba las informaciones contenidas en este campo. El campo de evocación engloba todas las informaciones capaces de satisfacer la condición focal, mediante el recuerdo o mediante la imaginación. Esto lo hace con cierta libertad, ya que el dispositivo cultural focaliza la atención de los miembros de una misma sociedad en las mismas direcciones, determina campos de evocación paralelos y estructurados de la misma manera, pero deja al individuo la libertad de conducir entre ellos una evocación a su gusto. De ahí que el simbolismo cultural permita crear una comunidad de intereses pero no de opiniones.

En el discurso propositivo de los profesionales de enfermería el primer fracaso está en la incapacidad de establecer proposiciones focales que ofrezcan una definición concreta del concepto y por ello necesitan el recurso cognitivo de definir por relación a otro término concreto y de una gran fuerza por su vigencia en la realidad cotidiana: La técnica. Las proposiciones auxiliares que pretende unir el concepto con la experiencias acumuladas en la memoria enciclopédica, *«cuidado es más que técnica»*, *«el cuidado es lo otro»*, *«el cuidado es todo»*, tampoco son muy útiles para delimitar el concepto, algo imprescindible en todo tipo de conocimiento. Disponiendo así de una representación conceptual insatisfactoria el dispositivo simbólico focaliza la atención sobre las dimensiones que vertebran los conceptos técnica y cuidado. La técnica es una acción que se ejecuta con las manos para atender a una orden del médico y que se realiza en un tiempo y en un espacio concretos, breve y rápidamente verificable. Muchas acciones de la actividad cotidiana satisfacen esta descripción y podemos descartar fácilmente otras que no están cubiertas por la proposición. No podríamos decir lo mismo con su opuesto. Al aceptar como cuidado todo lo que no es técnica tenemos que incluir actividades elementales y de tipo doméstico, e incluso hostelero, que la enfermería no considera acciones profesionales, que

la enfermera no realiza habitualmente, y que en caso de realizar no siempre lo hace de buen grado y es interpretado más como una imposición de las circunstancias, y en beneficio del paciente, que una función propia con un sentido terapéutico concreto. Sobre estas dimensiones acuden imágenes procedentes de campos cognitivos que adquieren relevancia por estar presentes en la cultura popular, en la teoría experta y, mucho más frecuentemente, en la práctica cotidiana. El saber enciclopédico sobre el cuidado constituye todo aquello que saben los expertos por experiencia personal o grupal de lo que hacen, pueden hacer y creen que podrían hacer.

Y es aquí donde los *signos flotantes* tienen un papel esencial, puesto que sirven de comodín en el que cada individuo podrá focalizar, según las circunstancias personales o contextuales, los significados que en cada momento cumplan las condiciones que le imponen los esquemas cognitivos para ordenar las imágenes almacenadas de la memoria, con las que construir los discursos y organizar las prácticas. 'Todo' es el signo que agrupa los posibles significados de otros signos que en ocasiones le acompañan y que empieza siendo 'más' y 'lo otro'. Define metonímicamente cada una de las acciones que emprende la enfermera en su quehacer cotidiano, indicando con ello que nada se escapa a la atención de esta profesión, que están incluidas las acciones que se esperan de ellas. Y, en este ambiguo dominio, que es el del cuidado, también juega varios papeles y acaba representando una totalidad que lo eleva en la escala profesional:

La técnica es un hecho concreto. El cuidado es muchísimo más. [Concha, DH-46]

Técnica es más... que... que... sólo estás en eso... que te centras sólo en eso. Quitar una sonda vesical, pues vas y la quitas, ya está. Y el cuidado es algo más..., no sé... Una visión general del paciente..., el estado de ánimo..., pues eso... de todo. [Esther, EC-28]

Cuidado... es todo..., cuidado es todo... Desde que entra hasta que se va es cuidado. [Mara, EC-26]

El 'criterio del profesional', al que se refiere Lucas más arriba, transforma una técnica, como puede ser movilizar a un paciente en la cama, en un cuidado por

la reflexividad que ello implica cuando lo ejecuta una enfermera. Esa reflexividad está siendo aplicada a toda actividad, por manual que sea, y por eso cuidado puede ser 'todo' lo que hace la enfermera:

Es todo..., es ver lo que le pasa, analizar lo que le pasa..., es analizar..., observar... Cuidar es observar, es hablar, es escribir, es comunicar. [Nieves, DP-34]

Cuidados es que es tan amplio... Cuidar..., es... acompañar en salud..., es acompañar en enfermedad [...] Cuidado incluiría técnicas y una atención completa de todo. [Noelia DP-44]

Por eso también cuidar dura 'todo el tiempo', porque se extiende a cada una de las acciones que emprende la enfermera. Y además 'todo' puede ser la suma de la atención biológica y la atención humana. Pero puede ser más; puede representar la perspectiva holística que algunos modelos conceptuales de enfermería plantean para la práctica profesional y que las enfermeras asistenciales incorporan en ocasiones a su discurso. Las élites intelectuales de la enfermería centran su relato en demostrar que el positivismo lógico somete a la enfermería al servicio de la medicina hegemónica, fundada en un modelo biomédico, y que la vía de emancipación profesional se producirá asumiendo las aportaciones a las ciencias de la salud de paradigmas más propios de las ciencias sociales y humanas. La técnica es parcial y positivista como el cuidado es global y humanista.

Las teorías explicativas son exponentes explícitos de cómo estos signos sirven de comodín para ajustar las evocaciones de la memoria a las exigencias del modelo cognitivo. Así vemos cómo la primera teoría, que decía que *«cuidar es mantener un dispositivo en funcionamiento»*, utiliza elementos de las tres dimensiones del cuidado para hacer esta metonimia coherente con los otros dos tropos *«es más que técnica»* y *«es todo»* porque: 1º) al ser el cuidado un conjunto de técnicas es más que técnica; 2º) mantener el estado funcional de un dispositivo o acción es prolongar en el tiempo las acciones necesarias para el mantenimiento del dispositivo, lo que implica más que una simple ejecución de una técnica; y 3º) partiendo de una técnica, prescrita por un médico, el objetivo de mantenerlo en funcionamiento convierte las actividades pertinentes

en responsabilidad exclusiva de la enfermería y están bajo su supervisión; y todo ello también requiere una actitud deliberativa, es decir, intelectual. La teoría del cuidado vigilante también incorpora las premisas del modelo puesto que es una actividad diacrónica que se basa en la capacidad intelectual de identificar los problemas emergentes y darles respuesta eficaz y todo puesto en marcha por iniciativa propia, por una decisión autónoma. Estas dimensiones comunes a todo cuidado vigilante permiten que un concepto ambiguo y poco delimitado adquiera un carácter que de otro modo no tendría. El cuidado preventivo incluye este elemento teórico fundamental que aleja de la enfermedad y de la técnica: es más que técnica, se prolonga en el tiempo la atención del estado de salud, atiende a todas las esferas de la persona, especialmente en primaria, acercando este concepto al ideal de cuidado holístico, y no precisa de una indicación personal y directa del médico porque suelen afectar a decisiones personales de la enfermera que pone en marcha esas acciones. Algunos profesionales comentaban cómo si empleaban tiempo en eso evitaban la técnica, la cura, el problema que trae a consulta al paciente. Por último, el cuidado psicológico es el que cae más en la esfera del cuidado humanístico. Es la acción que más se aleja de la esfera técnica, al estar menos relacionado con lo biológico, con los dispositivos mecánicos y al basarse en un conocimiento más centrado en las ciencias psicológicas y humanas que en las biológicas y puramente positivistas. Esta teoría es también la que más separa, en la dimensión profesional, a la enfermería de cualquier tipo de prescripción médica; es el cuidado que más claramente es autónomo en su decisión y en su ejecución, el más abierto a las decisiones estratégicas, aunque también es el más desestructurado teóricamente. De hecho esta teoría explicativa es un lugar común en la enfermería, al que todos los profesionales acuden para reivindicarlo como elemento diferencial en la atención sanitaria. Pero también se convierte en una teoría controvertida por ser la que más pone en juego elementos que evocan prácticas tradicionales de sumisión al saber médico. Conceptos como vocación son relacionados con el cuidado humanístico, con la idea de llamada y de predisposición personal favorable a unas actividades concretas de entrega y sacrificio. La matización que algunos profesionales hacen, por la vía del conocimiento psicológico aplicado al trato humano del

paciente, quiere exorcizar los fantasmas de una enfermería anclada en el modelo tradicional, sin necesidad de prescindir de un aspecto del cuidado que se considera característico y diferenciador de la especificidad funcional de la enfermería.

El modelo cognitivo descrito en este capítulo constituye la estructura en la que conceptos y prácticas quedan a disposición de las enfermeras para rellenar los huecos que deja la definición del concepto. La relativa libertad de la evocación está en la base misma de la utilización social del dispositivo psicológico del simbolismo. Esa libertad se expresa en las teorías explicativas que se construyen en el discurso de las enfermeras y la versatilidad de las mismas, que permiten compaginar varias teorías para dar un perfil más completo del concepto inefable que busca un sentido que le dote de entidad profesional y científica. El símbolo cuidado cumple una evidente función cognitiva porque permite articular los argumentos lógicos de una práctica experta y acomodarlos a las prácticas profesionales, pudiendo adaptarse a las inconsistencias del concepto y dotarle del valor profesional que la enfermería reivindica para él.

CAPÍTULO 6. EL JUEGO DE LOS TROPOS EN EL ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIONES COGNITIVAS. A MODO DE CONCLUSIÓN

Durante el trabajo de campo tuve la oportunidad de asistir a una reunión de las que periódicamente celebran las tres enfermeras responsables de los registros informatizados de enfermería de sendos hospitales de Madrid. En estas reuniones se hace el seguimiento de la utilización de los registros de enfermería y de los logros y los problemas surgidos en cada hospital. En la sesión a la que asistí hablaron durante casi una hora de las dificultades para registrar en el Gacela. La responsable desde hace cinco años del hospital donde hago el trabajo de campo, lamentaba la resistencia de las enfermeras a utilizar el lenguaje propio de la profesión, los diagnósticos de enfermería, y la ausencia de sintonía de estos diagnósticos con el modelo teórico que propugnaban los hospitales (en los de Ana y Olvido el modelo era el de Virginia Henderson y en el de M^a Paz era el de Dorothea Orem). En un momento del debate Ana plantea la pregunta:

¿Por qué las enfermeras no podemos tener claro eso..., nuestra forma de trabajo... y nuestra orientación...?, ¿cómo no lo podemos tener claro?, ¿cómo tu trabajo en un hospital... puedes trabajar con un modelo, con una orientación, y dirigir tus cuidados para conseguir algo, y yo lo tengo que hacer de otra forma, porque adopto otro modelo? [Ana, EG-44]

La conversación que se produce a continuación es expresiva de la diversidad de representaciones que sobre la profesión tienen las enfermeras; de la vigencia en los discursos que tienen como base el modelo tradicional y de otros que se adscriben a las propuestas teóricas modernas, así como de las tensiones conceptuales que alimentan el debate en enfermería y lo escasamente resuelto que está la penetración de esas nuevas propuestas en las representaciones cognitivas de la profesión con la consiguiente repercusión en la práctica profesional cotidiana:

- ¿Pero tú realmente te crees eso? [Olvido, EG-31]

- *Estamos trabajando los tres hospitales, que estamos uno al lado de otro, de forma totalmente diferente. Lo que yo considero diagnóstico enfermero tú no lo consideras diagnóstico enfermero y ella lo considera diagnóstico solo por dos cosas que le aportan valor añadido como diagnóstico enfermero. [Ana, EG-44]*
- *Pero eso no es real; ese conflicto lo tenemos nosotras tres. En la práctica de nuestros hospitales se trabaja de la misma forma. [Olvido, EG-31]*
- *La realidad es que trabajemos con Gacela o sin Gacela o como trabajemos, no sabemos para lo que trabajamos y no sabemos para lo que trabajamos porque no le ponemos nombres a las cosas. [Ana, EG-44]*
- *La enfermería en el hospital sabe de sobra lo que tiene que hacer e identifica los problemas que el paciente presenta... Lo que pasa es que estamos obcecados de identificar problemas con otro nombre diferente al que estamos acostumbrados. [Olvido, EG-31/ se refiere al empeño de las direcciones de que se utilicen los diagnósticos enfermeros cuando las enfermeras asistenciales están más cómodas utilizando los diagnósticos médicos]*
- *Lo importante es qué aporta como profesional, porque para tomar una tensión hay técnicos que lo pueden hacer perfectamente. [M^a Paz, EG-34]*
- *A ver..., el conocimiento que tiene una enfermera de las posibles complicaciones que tienes después de una cirugía, pues no lo tiene cualquiera...; aparte de las técnicas. [Olvido, EG-31]*
- *No... ¡Hay algo más allá!... ¡Hay algo más allá! [Ana, EG-44]*

¡Hay algo más allá! La técnica no es suficiente para explicar el valor profesional de la enfermería. El conocimiento médico tampoco es suficiente como fuente de conocimientos para promover cuidados de enfermería y dar explicación a su eficacia. Hay algo más allá que es invisible, como decía Amelia para definir el cuidado, que no se sabe nombrar, ni definir, ni delimitar; que no se sabe concretar. Porque concreto es técnica, y enfermedad, y medicina. Pero no es suficiente. ¡Hay algo más!

Los discursos de las enfermeras dicen unánimemente que cuidar, que enfermería, es más que la simple técnica, pero los datos etnográficos indican lo contrario. Durante el trabajo de campo, principalmente en el ámbito hospitalario, siempre me ha llamado poderosamente la atención que cuando reclamaban mi presencia para observar alguna práctica profesional, que ellas podían estimar digna de consideración, lo era para asistir a la ejecución de

algunas técnicas. Exactamente igual que todas las ocasiones en las que vi solicitar la presencia de las estudiantes de enfermería. Desde el primer momento en el que fui invitado a presenciar esas 'acciones especiales' de la atención al paciente, quise saber si había alguna nota características que las destacara respecto a otras prácticas. Y esa nota relevante estaba en la 'actitud pedagógica' que las enfermeras adoptan en esas ocasiones y con la que se modificaba la trayectoria cotidiana de la enfermera para dedicar un momento a mostrar una actividad dotada de especial significación en la práctica profesional. Hablo de actitud pedagógica para identificar momentos marcados especialmente por la reserva de un espacio, un tiempo y una actuación de la enfermera que tiene como objetivo el enseñar algo a las estudiantes y también a mí. Esa actitud que adopta quien dispone de un amplio conocimiento y dominio sobre lo que va a realizar y que estima tan importante como para ofrecérselo a su interlocutor. Actitud en la que se expone la forma adecuada de una decisión o acción que emprende, de las razones para ello, de los condicionantes de la toma de decisión, del mecanismo por el que actúa lo aplicado y el efecto esperado sobre el paciente, la evolución prevista y todas las precauciones que hay que adoptar para evitar efectos indeseables. Y esa actitud, tan sistematizada, solo se reserva para la enseñanza de una técnica (una canalización de una vena para implantar un catéter o extraer sangre, un sondaje, el cambio de una bolsa de colostomía, o la implantación de un dispositivo especial, de uso poco frecuente), la cura de una herida o la explicación del registro de medicamentos en la 'hoja de medicación'. En esos casos, y particularmente cuando hay estudiantes, se dirigen a un espacio concreto donde se va a realizar (el control de enfermería o la habitación del paciente); preparan el material, para lo que normalmente las van interrogando sobre lo necesario para esa técnica; si es la estudiante quien va a realizarla suelen preguntarle por los pasos a seguir, y cuando ejecutan la acción van realizando pequeñas correcciones y comentarios. Y ello se produce precisamente en aquellas prácticas en las que el discurso se encarga de infravalorar con expresiones como: "lo menos importante", "simples técnicas que cualquiera puede aprender", "solo soy una máquina de hacer técnicas".

Todo este procedimiento ni he podido observarlo ni me han hecho indicaciones explícitas, sobre los datos en los que fijan la atención cuando realizan lo que el discurso profesional llama valoración enfermera. He presenciado valoraciones durante el desarrollo de una técnica, o cura de heridas, o cuando van a presentarse a un paciente que ha ingresado en la unidad, pero nunca siguiendo sistemática alguna basada en un esquema de valoración que se fundamente, ya en el modelo de cuidados enfermero o en el biomédico. No he oído o presenciado debates sobre distintos enfoques en la identificación y caracterización de problemas de los enfermos; no ha sido reclamada mi presencia para hablarme del estudio de casos difíciles de resolver y de las dudas que se les plantean; y nunca he visto identificar y planificar acciones para atender problemas de esos que se alivian 'hablando con el paciente'; ni he oído explicaciones sobre el procedimiento para tratar un paciente con problemáticas que se pudieran incluir en la categoría *<trato>*. Tampoco me han mostrado cómo realizan un plan de cuidados, un alta o cualquier otro documento que elaboraban en el ordenador, salvo que yo expresamente lo haya solicitado. Es más, cuando las estudiantes tienen que realizar planes de cuidados para entregarlos a sus profesores de la Escuela, nunca han dirigido esa actividad ni han entrado en las habitaciones para ayudarles a valorar al paciente, ni han revisado la información que recogen, ni les han hecho indicaciones sobre posibles errores en la interpretación de datos o emisión de juicios ni en el establecimiento de los planes de actuación. Ni siquiera los leen. Lo que sí he observado en muchas ocasiones es como reclaman a la alumna para ejecutar técnicas cuando están elaborando esos planes de cuidados, o revisando los que están en el programa Gacela:

¿Quieres poner una insulina? Venga, que estás ahí sin hacer nada. [Miriam EC-31]

Cuando la enfermería del siglo XXI mantiene una oposición tan radical entre los discursos y las prácticas y continúa preguntándose por lo que es y por su contribución a la salud de la población, es señal de que los discursos de las élites intelectuales y de la enfermería asistencial no han resuelto satisfactoriamente los procesos de negociación sobre modos distintos de ver e interpretar la enfermería. Crisis que también ha analizado Hernández Yáñez, y

que relaciona con lo que él llama las dos almas de la enfermería: la que sabe que debe explorar nuevos territorios profesionales, aunque en buena medida sean territorios tradicionalmente médicos, y la que quiere permanecer fiel a su identidad tradicional de profesión femenina basada en el cuidado como ethos específico.

No es la identidad el objeto estudiado en esta tesis, sino las representaciones cognitivas que la enfermería construye con materiales procedentes de las negociaciones que se producen entre los intereses y expectativas de profesionales y pacientes, las relaciones sociales que en ellos se dan y las condiciones materiales del contexto en el que todo ello se reproduce en un proceso continuo. Con esas representaciones la enfermería interpreta y analiza la realidad asistencial, identifica sus intereses y promueve formas de acción profesional. Las preguntas de las que parte la tesis se interesan por la forma en la que se dan las prácticas profesionales y las nociones que se manejan en ella, y áreas en las que se han incorporado a la práctica cotidiana las novedades teóricas, su grado de penetración, así como los obstáculos que impiden producir el cambio propuesto por las teorías emergentes de enfermería.

Mis hipótesis se pueden condensar en las siguientes proposiciones: *La enfermería asistencial se desarrolla en un contexto en el que el modelo biomédico es hegemónico, y los movimientos de transformación profesional producen tropos para representar conceptos significativos, a falta de unas lógicas explícitas que den cuenta satisfactoriamente de la contribución específica de la enfermería a la salud, y con los que interpreta la realidad, fija objetivos, se implica emocionalmente y más tarde ejecuta planes. El cuidado es el símbolo profesional por excelencia, que en ausencia de proposiciones analíticas válidas que definan su especificidad, se construye integrando conceptos, ideas, creencias, valores y signos flotantes, que articulan la ambigüedad, procedentes de teorías expertas, populares y principalmente de las prácticas cotidianas, y que condensan todas las propiedades cognitivas*

necesarias para explicar y delimitar su especificidad funcional y buscar una posición más favorable en el espacio cualitativo de la profesiones sanitarias.

El modelo tradicional proporciona una imagen nítida de una enfermería al servicio de la curación de la enfermedad. Pero este modelo no resulta actualmente satisfactorio, no explica lo que queda 'más allá', y las novedades teóricas, propugnadas por las élites de la enfermería y asumidas por las direcciones de hospital y área de salud, llevan activas décadas suficientes como para que sea pertinente el estudio antropológico de su grado de penetración en el pensamiento de los profesionales de enfermería, las consecuencias prácticas que de ello derivan y las razones por las que no han conseguido una incorporación total al acervo profesional de la enfermería. El análisis de los tropos es la herramienta utilizada para conocer el trasfondo de los dominios de los que se seleccionan las imágenes y conceptos significativos para dotar de sentido a la acción profesional.

Cuando resulta difícil definir realidades sociales muy abstractas y ambiguas, como una profesión en fase de transformación, que escapan a la comprensión mediante relaciones de conceptos concretos, los tropos proporcionan las imágenes necesarias para asociar conceptos bien delimitados y fáciles de comprender a otros más abstractos o indeterminados. La metáfora define objetos produciendo un movimiento desde un dominio cognitivo a otro más explícito y rico conceptualmente. La metonimia ordena y establece relaciones dentro de un mismo dominio. En la vida social parte del significado se consigue por analogía de estructura o modelo entre y dentro de los dominios cognitivos; pero una parte muy importante lo producen los movimientos afectivos, que proporcionan posiciones más cómodas a los sujetos al relacionarlos con imágenes más positivas. De este modo, como se ha comprobado en los discursos sobre el cuidado o las decisiones profesionales, la asociación a dominios fuertemente vinculados a profesiones modernas proporciona justificación y base para relaciones tropológicas que no son coherentes si analizásemos las lógicas de las premisas que manejan. Según Fernández, las metáforas textuales, responsables de este movimiento afectivo, son las más

útiles para movilizar al sujeto por el espacio profesional, y propone el estudio de las asociaciones complejas que se establecen entre los conceptos metafóricos, para comprender mejor los movimientos que se producen tanto en el terreno de las relaciones analíticas como sintéticas. De todo lo analizado hasta ahora con el juego de tropos, dos esquemas cognitivos condensan las dos propiedades principales de la *enfermería ideal* y que están presentes, como condición *sine qua non*, en el concepto de cuidado: *el control* y *el trato*.

El control es un esquema que está presente en la idea de ejercicio óptimo de la profesión. Se controla cuando se conoce al paciente, las situaciones que se pueden producir y se toman decisiones para poder resolverlas:

Poder controlar las situaciones. [Javier, EM-43]

Cuando conozco a los enfermo... [...] Te preocupas cuando tienes capacidad... porque conoces al paciente y conoces sus necesidades de suplirlas o de delegar o de buscar recursos para que ese paciente esté atendido en lo que tú entiendes que le falta. Me voy muy mal cuando solo me da tiempo a hacer técnicas... [Marta, EC-31]

Por eso el *control* moviliza varios importantes tropos de los ya analizados con los que se producen las principales contradicciones que ellos mismos ayudarán a resolver. Está íntimamente relacionado con el conocimiento que se tiene del paciente que es imprescindible para ser un guía eficaz para dirigirle a través de la *«ruta terapéutica»*. El conocimiento sobre el paciente es interpretado por metonimias que tienen como referente principal a *«la parte enferma del cuerpo»*, *«la enfermedad»*, *«el especialista que trata al paciente»*, *«las técnicas diagnósticas y terapéuticas»* o *«la situación vital a la que lleva»*. La salud y la enfermedad son conceptualizadas en términos de alteración de los sistemas biológicos. Los trastornos psicológicos y sociales son fenómenos asociados a la enfermedad biológica, y relacionados por una causalidad unidireccional que siempre va de lo biológico a lo sociológico pasando por lo psicológico. Esta visión biológica es compatible con la concepción mecanicista del cuerpo como máquina perfectamente sincronizada que cuando presenta algún desajuste es preciso reparar. Para remarcar esta imagen, la metáfora de la *«máquina en el taller»*, se

acude a algunas de la metáforas genéricas y recurrentes analizadas por Lakoff y Johnson (como se indicó en el capítulo 3) en sus análisis del habla cotidiana, como la metáfora del *<canal>* que es evocada para representar las vías de comunicación interna entre los órganos y la comunicación de ellas con el exterior a través de conducciones que permiten introducir productos con los que combatir la enfermedad. La reparación de la máquina también utiliza otro tropo de poderosa presencia en nuestra cultura: la metáfora de la *<guerra>*, según la cuál el cuerpo es invadido por agentes extraños a los que hay que combatir llevando a través de los *<canales de comunicación>* productos del *<arsenal terapéutico>* que harán frente al mal invasor.

En cambio esta visión biológica, tan remarcada metafóricamente, es bastante contradictoria con un concepto que aparece en el discurso erudito, y también en el profesional, como es el holismo. El discurso de las élites lo presenta como el concepto que por antonomasia define la especificidad de la enfermería frente a otros agentes sanitarios. La confusa utilización éste es el prototipo de la utilización parcial y segmentada de un concepto procedente del conocimiento científico que es más amplio que el uso que se le da en las teorías explicativas que manejan los profesionales. La enfermería, incluidos miembros de las élites profesionales y a veces también de las intelectuales, utilizan el concepto como sumatorio de todos los componentes de la persona: el biológico el psicológico y el social, pero en una relación unicausal y en un sentido unidireccional que comienza ineludiblemente en lo biológico. Como comenta Martínez Hernández (2008), al analizar el modelo médico biopsicosocial que se presenta como alternativa a la biomedicina positivista, lo psicosocial es considerado un epifenómeno de lo biológico, perdiendo todo el sentido multicausal y multidireccional que las ciencias sociales dan a este concepto.

En este universo conceptual la práctica cotidiana tiene un fuerte carácter técnico debido a rutinas condicionadas por imponderables del paciente que son los ritmos biológicos y las necesidades derivadas de la enfermedad; desarrolladas en un puesto de trabajo el 'control de enfermería' donde está más pensado para que sea controlada que para que ella controle, puesto que la

propia asignación de pacientes, y la organización del trabajo, ya predispone a que la enfermera inicie su actividad, en ocasiones en una carrera febril por hacer a tiempo todas sus tareas, con un exiguo conocimiento transmitido en diez minutos de conversación con otra enfermera. La asignación a espacios más que a pacientes dificulta el ansiado control de la *«ruta terapéutica»* sobre el enfermo, y en esas circunstancias, se ejerce solo sobre las técnicas que se aplican y no sobre los procesos clínicos que aquejan al paciente:

Has tenido una incidencia pero has tenido al médico al lado..., ha ido todo muy bien programado..., que has podido hablar con los pacientes y verles la cara, y te has enterado de quien es quien [...] Son cosas supergratificantes, porque tienes la sensación de que hay intercambio, de que existe una comunicación con los pacientes, con los médicos igualmente..., que has hablado con ellos “¿Qué diagnóstico tiene?; ¿por qué le ponéis esto?”. Cuando existe diálogo tanto con el enfermo, con el médico, como con tu auxiliar, esos días son muy satisfactorios, con sensación de control”. [María, EM-38]

Cuando se habla de la satisfacción con el trabajo bien hecho, este tipo de comentarios son frecuentes y parecen un lamento que reivindica el conocimiento necesario para poder ser parte activa del proceso clínico del enfermo; el tiempo suficiente para adquirirlo y aplicarlo: el control de los tiempos. El conocimiento que maneja la enfermería en su quehacer diario procede principalmente de dominios relacionados con los aspectos biológicos de la persona, como lo han constatado múltiples tropos que surgen al analizar la práctica, las relaciones sociales o las decisiones. No obstante, son clarificadoras las metonimias con las que las enfermeras asistenciales definen el cuidado, y que con el auxilio de varios signos flotantes encarga de ordenar el dominio de la técnica. Parece razonable esperar que el *«control de los tiempos»*, metáfora tan anclada en la experiencia personal, se realice sobre elementos cotidianos como es la tecnología clínica.

Para contrarrestar este predominio biomédico las élites intelectuales han lanzado unas propuestas teóricas que pretenden transformar la profesión principalmente por la vía de distanciarse del paradigma positivista y potenciar la reflexión y la acción sobre ámbitos como el de las necesidades básicas en las

que el aseo, movilización, alimentación y eliminación, tienen un lugar destacado. Nuevamente, en este contradictorio mundo de la enfermería, la teoría se encarga de producir unos discursos que las prácticas se empeñan en refutar, y aunque ese es el área de la continua reivindicación profesional, la rutina cotidiana demuestra fehacientemente que es la auxiliar quien se encarga de cubrirlas, como vimos en el capítulo 2:

Yo tengo claro de qué puede informar [...] para el aseo, para las alimentaciones, los cuidados de la piel. [Marina, EM-44]

Llegan muy preocupadas por aprender técnicas [las alumnas de primer curso], por..., por ejemplo algún día que van a aspirar y te dicen "jo, por lo menos hoy vamos a hacer algo...", y a lo mejor han estado poniendo termómetros..., tomando tensiones, sobre todo las alumnas de primero, dando de comer a pacientes; que son tareas importantísimas..., las necesidades básicas son importantísimas... Pero claro... tienen poco brillo. Además eso lo sabe hacer cualquiera, lo puede hacer un familiar..., vamos que no hace falta estudiar... [María, EM-38]

Es importantísimo para la atención al paciente y además es el campo específico de actuación de la enfermería, su campo de competencias, de lo que está autorizada a informar al paciente. Pero son actividades de 'poco brillo', aquellas de las que muchas enfermeras se alejan explícitamente como impropias de su profesión: sí el control pero no la ejecución. Los discursos hegemónicos no han dado una respuesta eficaz y persuasiva a los problemas que las enfermeras asistenciales consideran 'imprescindibles':

Yo creo que hay que diferenciar lo que es imprescindible y lo que es importante... Lo que es imprescindible en cuestión de funciones de mi trabajo es asearle, curarle, poner la medicación y la analgesia que necesita, pasar el tratamiento médico [al libro de tratamientos] y ver que está correcto y escribir las incidencias. ¿Qué es importante?, todo lo demás. Importantísimo hablar con el paciente, saber si está deprimido o no está deprimido. A lo mejor está dejando de andar porque no tiene ganas... [Emma, EC-32]

A la vista de la evidencia tropológica, que tiene a la tecnificada práctica cotidiana como dominio preferente de significación profesional, cabe concluir que el proceso de enfermería, propuesto por las élites intelectuales, no ha

conseguido romper el dominio biomédico, por una parte, ni ha conseguido que las enfermeras utilicen el método propuesto para tomar decisiones estratégicas sobre cuidados enfermeros. No obstante, decir que las novedades teóricas no han aportado nada a la enfermería actual es exagerado. Han aportado elementos retóricos que tienen por función desplazar a la enfermería a posiciones más satisfactorias en el espacio cualitativo de las profesiones sanitarias. Cumplen una función más profesional que clínica. Las novedades teóricas, gracias a los esfuerzos de las élites intelectuales, que han producido discursos para la transformación social con una fuerte carga ideológica que promueve la implicación moral de la enfermería asistencial como motor del cambio, han incorporado al imaginario colectivo enfermero expectativas de profesionalización que pasan por el camino de la ciencia, como base de una disciplina que justifica la acción profesional exclusiva y autónoma. Y también han proporcionado elementos procedentes de diferentes campos científicos, como es el de holismo, relación de ayuda, empatía, escucha activa, educación en estilos de vida saludable, etc., que incorporados al discurso han permitido crear metáforas que son auténticos esquemas cognitivos que proporcionan una estructura coherente en la que ordenar ciertos elementos de la experiencia práctica y de los modelos culturales, con los que representar el otro esquema cultural de gran fuerza profesional: *El trato*.

Presente siempre en el discurso profesional, implícito o explícito, está sometido a matices. Cualquiera que sea la teoría explicativa a la que se puede adscribir una explicación de lo que es cuidar, el trato aparece como un elemento esencial y diferencial de la contribución enfermera. El matiz va desde la reivindicación de la ciencia psicológica como asiento del saber que proporciona las técnicas de abordaje adecuadas, hasta las cualidades personales adquiridas en el entorno de la práctica familiar e incrementadas con la experiencia profesional dedicada y centrada en el contacto íntimo frecuente:

- *Yo creo que un buen profesional tiene que formarse..., eso es fundamental, porque si no sabes..., no sabes lo que tienes que ver, lo que tienes que buscar.* [Emma, EC-32]
- *¿En qué tiene que tener formación, un buen profesional?*

- Yo creo que tiene que tener formación en..., el trato al paciente... O sea..., el paciente..., es una persona..., atípica..., con unas características determinadas..., y que requiere que tú te dirijas a él de una determinada forma..., sobre todo al principio cuando no le conoces... Luego... cuando ya conoces más a la gente te da soltura para decir una cosa u otra. Pero el primer trato, del tanteo que tú tienes con el paciente, tú tienes que tratarle de una determinada forma... [Emma, EC-32]

Para mí la enfermería es eso..., que también tiene una parte técnica... Sí, pero el establecer diálogo con el paciente... Y por ahí empieza la comunicación y el trato con él [...] el darle confianza y que él sepa que tiene también tu confianza. [Rebeca, DH-41]

Como un condimento que no todo el mundo tiene. Antes la familia era más amplia y se cuidaban más entre ellos. El valor de cuidar era un poso que se adquiría pero que no se puede explicar. [Catherine, SM-55]

Incluso los profesionales que tienen un discurso más marcadamente técnico no olvidan ponderar este aspecto de la atención a los pacientes, y la consideran una característica esencial de todo buen profesional. No obstante cuando se quiere concretar el trato que ofrecen al paciente los verbos que se emplean son: hablar, acompañar, escuchar, consolar. Tiene que ver con la amabilidad y solicitud en la atención de las necesidades del enfermo. El trato condensa todas las propiedades que se describen para el cuidado: no es una actividad manual, aunque su acción no proceda de una actividad prefijada por reflexión científica de acciones ajustadas a objetivos concretos; es una atención dispensada en todas las facetas de la asistencia del paciente y no se circunscribe, como la técnica, a una mínima parte de la anatomía o de los problemas de la persona, sino que engloba a la totalidad del individuo. En este aspecto conjuga elementos de muchos modelos teóricos enfermeros que utilizan profusamente el concepto de holismo como una referente esencial en la representación del ser humano. El trato tampoco tiene concreción temporal, por tanto es también diacrónico. Y por último, el trato como acción pensada y decidida exclusivamente por la enfermera, sin intermedio de otro agente exterior. El trato como condensación de todas las virtudes personales y

expresión del buen hacer en las relaciones interpersonales. Al focalizarlo en las dimensiones propias del cuidado sus principales cualidades se incorpora a la memoria enciclopédica de la enfermería como la quintaesencia de la profesión, la que aporta valor diferencial a las acciones de la enfermera: el 'algo más', el 'lo otro' y también el 'más allá'. Y ello a pesar de que los datos etnográficos no permiten confirmar que las prácticas que las enfermeras enuncian, cuando hablan del trato, superen una relación personal convencional, una relación personal alimentada por la experiencia social, por el sentido común que aporta el aprendizaje social, como analizaba en el capítulo anterior cuando hablaba del cuidado psicológico. El trato es un esquema que está nutrido fundamentalmente de saberes populares sobre la bondad del afecto y del acompañamiento en la enfermedad, dotado de valor incluso a través del precepto religioso de ayuda al enfermo, y también de elementos aislados de teorías expertas que se incorporan como sistemas explicativos, y que incluyen ciertos elementos que se utilizan más retóricamente que como parte de una estructura general:

- *¿Qué encuentran los pacientes contigo, qué les ofreces, qué les cura?*
- *Hablar... O sea, necesitan llorar un ratito. Llorar sola en casa no sirve para nada..., necesitas contárselo a alguien, y si necesitan estar un cuarto de hora llorando pues se está. A ver, tendrá que salir de alguna manera. [Mercedes, EP-27]*

El efecto benéfico del acompañamiento, el consuelo, la amabilidad en la atención, que permite el exorcismo del mal que invade al paciente; de un problema psicológico que por la vía de su verbalización se expulsa al exterior. El esquema popular encaja con la visión tradicional de una enfermera humana en la que su cualidad principal es el trato diligente y afectuoso:

- *Intentas aplicar la teoría... pero a veces... es verdad que es pura supervivencia, y no puedes hablar con el paciente..., dedicarle su tiempo cuando te quieren contar. [Clara, EC-44]*

El <trato> con el paciente, en consecuencia, es algo que supone una nebulosa de conceptos y de actividades, sin ninguna estructura teórica que sustente el discurso propositivo y sin relación alguna con las actividades que se podían denominar imprescindibles. El <trato> es lo importante, pero por eso lo

secundario, lo prescindible, lo que puede quedar para otro momento, lo otro; y como tal, lo poco elaborado, tratado, conocido y conceptualizado.

En este ambiente teórico biológico-mecanicista, en el que los actores sociales manejan un ideario colectivo que mezcla imágenes de una enfermera como *<ángel>* pero también como *<chacha>*, la *profesión de enfermería* negocia posiciones más satisfactorias en el espacio cualitativo de las profesiones sanitarias utilizando el cuidado como símbolo de un saber disciplinar que aporta valor y autoridad exclusiva en el campo profesional de la salud, por acción de dos esquemas culturales que condensan todos los elementos conceptuales, creenciales y axiológicos que se han analizado en esta tesis: *<el control>* y *<el trato>*. Estos esquemas cognitivos juegan con las dos representaciones polares de la enfermería: la enfermería bióloga y la enfermería humanista. Del mismo modo que el modelo biólogo está relacionado con la eficiencia técnico-científica, el modelo humanista evoca cualidades tradicionales, centrado en un cuidado de tipo afectivo, intuitivo y con una buena carga de abnegación, que cubre las necesidades básicas humanas, y que muchos profesionales asocian a la vocación. La relación con el paciente es cordial, cálida, próxima, como la técnica es ingrata, fría y distante.

La sociología establece ciertos requisitos para el reconocimiento de una profesión, entre los que el prioritario es disponer de un área de actuación específica dentro del cual el profesional es la máxima autoridad para justificar decisiones y las acciones con las que resuelven los problemas que la sociedad les plantea, y todo esto fundado en un denso cuerpo de conocimientos (Eliot, 1975; Parsons, 1975; González Anleo, 1994). La coherencia de estos dos esquemas cognitivos con los predicados de las profesiones modernas, da cobertura suficiente como para articular todos los posibles discursos que se produzcan en el seno de la enfermería. El asistencial podrá sumar propiedades científicas de la técnica a la humanidad científica del trato psicológico. Así concibe una práctica autónoma por el control que ejerce sobre aquellas actividades de las que es responsable en su turno de trabajo, en la confianza de que es un eslabón imprescindible en la cadena continua del cuidado

holístico enfermero, que se interpretará como la suma de todos los cuidados que proporciona el equipo de enfermería, responsable de la ruta terapéutica del paciente desde que este ingresa hasta que se va de alta. El discurso de la enfermera de atención primaria salva el escollo de la heteronomía con una autonomía ya inicialmente arquitectónica, lo que permite salvaguardar en un halo de intimidad la relación terapéutica enfermera-paciente, que de manera individual permanece en el tiempo; ya no necesita el equipo de enfermería para dar sentido a la metáfora del cuidado holístico y las mejoras o empeoramientos son responsabilidad profesional de la enfermera que dirige inequívocamente la ruta terapéutica del paciente. Considerando la idea de que las prácticas dominan las representaciones cognitivas de los individuos y de los grupos sociales, como lo hago en esta tesis, es fácil explicarse la razón por la que las gestoras miran la enfermería en términos más teóricos que las enfermeras asistenciales. Su prioridad es dar sentido unitario a una profesión que ha de justificar colectivamente su valor profesional en el mercado laboral. La metáfora del *«escaparate»*, que pone el foco en la visualización, es más importante en este contexto, si cabe, que en el clínico. La prioridad por la contabilidad de las acciones totales de las enfermeras, para dar cuenta de su presencia en el panorama clínico, se conjugan con unos modelos teóricos enfermeros que dan cobertura al discurso y que, a posteriori, explica la especificidad funcional del colectivo profesional. Las disputas y confrontaciones de los puntos de vista de las enfermeras asistenciales y las élites profesionales, así como las élites intelectuales, se explican por la diferencia tan radical de objetivos en un colectivo que no tiene resueltos los problemas profesionales básicos de disponer de una base conceptual homogénea. Mientras que las expectativas de la enfermería asistencial miran al inmediato problema clínico del paciente, que es el inmediato problema profesional de la enfermera, las élites profesionales miran al medio plazo de los resultados contables en un contexto hipertecnificado y mercantilizado, y en el que cuentan las estrategias de marketing a largo plazo para visualizar el valor de la profesión enfermera. La constatación del desplazamiento hacia las tareas más tecnológicas, y la impronta cognitiva que eso supone, tiene coherencia con las condiciones materiales en las que se da la práctica actual. En estas circunstancias, en las

que el objetivo de la eficiencia tecnológica es un valor no solo profesional sino cultural, exigir a las enfermeras asistenciales la reflexión y actuación en términos de teorías alternativas procedentes de los constructos de las élites intelectuales, es exigir a un colectivo con una tradición básicamente técnica y rutinaria, un esfuerzo intelectual heroico que se debería de exigir a quien lo propone. Esa exigencia debería incluir no solo la explicación del cómo hacerlo, sino también el por qué hacerlo y para qué hacerlo, y todo ello poniendo como objetivo de la acción al enfermo, que es la principal preocupación y obligación profesional de la enfermera, y no a la enfermería.

Como indican Berger y Luckman (2003: 39) *"el mundo de la vida cotidiana se impone por sí solo y cuando quiero desafiarlo debo hacer un esfuerzo deliberado y nada fácil"*. La vida cotidiana de la enfermería se desarrolla en un mundo dominado por un paradigma biologista-positivista donde los resultados en términos clínicos y económicos son el indicador privilegiado de la eficiencia profesional. Para competir en ese mercado profesional, la enfermería predica sobre sí misma metáforas con las que construye un universo de representaciones donde el cuidado es el símbolo por antonomasia, que dota de sentido profesional a las acciones técnicas que ejecuta. Estas metáforas delatan esquemas cognitivos constituidos por elementos que pertenecen a la práctica clínica cotidiana y a los modelos culturales que sobre la salud y la enfermedad maneja la sociedad actual. Cuidado y enfermería son conceptos inseparables y que continuamente se intercambian en los discursos de las enfermeras. El cuidado como concepto clave de la profesión enfermera funciona como un modelo cognitivo que incluye esquemas articulados, entre otros el control y el trato. El cuidado, un concepto de difícil definición y poca concreción empírica, es fuente de continuas confrontaciones y negociaciones, tanto personales como colectivas, que hacen que un mismo individuo adopte distintas perspectivas en diferentes momentos y circunstancias, pero siempre acomodándose a los esquemas cognitivos que estructuran el discurso. Utilizando como colofón una idea de Lakoff y Johnson, a la luz de los análisis de esta tesis doctoral, puedo afirmar que las novedades teóricas de la élites intelectuales de la enfermería no han logrado imponer sus metáforas a un

universo cognitivo profesional y social dominado por tropos que evocan y ordenan dominios cognitivos mayoritariamente procedentes del ámbito de la biomedicina. Por obra del dispositivo simbólico se ha creado un símbolo: el cuidado, que ordena en los discursos la ambigüedad que producen teorías científicas contradictorias entre sí, con las prácticas y con modelos populares, y proporciona los equilibrios cognitivos y afectivos necesarios para situar a la enfermería en una posición más satisfactoria en el espacio cualitativo de las profesiones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

ALBERT, Josep Amílcar

2004 "Toma de decisiones en enfermeras de una Unidad de Hospitalización a Domicilio: un estudio exploratorio"; *Enfermería Científica* (272-273):24-35; Noviembre-Diciembre

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda

2007 *Aplicación del proceso de enfermería. Fomentar el cuidado de colaboración*. 5ª ed. reimp, Madrid: Masson

ALIENDE, Ana y AZCONA, Jesús

2007 "Identidad", en A. BARAGANO, JL GARCÍA, M CÁTEDRA, MJ DEVILLARD: *Diccionario de relaciones interculturales. Diversidad y globalización*; Madrid: Editorial Complutense, 183-4.

BERGER Peter y LUCKMANN Thomas

2003 [1968] *La construcción social de la realidad*, 1ª ed, 18ª reimp., Buenos Aires: Amorrortu.

BONTE, Pierre e IZARD, Michael

1996 *Diccionario Akal de Etnología y Antropología*. Madrid: Akal.

CANALS, Josep

1985 "Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos". *Jano*, vol XXIX (660-H), 18-29 septiembre.

CASTELLANOS, MT, OTERO, MD, COMENDADRO, C

1997 "El apoyo psicológico, una realidad o un tópico en enfermería". *Enfermería Científica*, Num 180-181, Marzo-Abril

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS)

2006 *Barómetro de junio de 2006*, nº 2649; publicado el 21 de junio de 2006; [citado el 8/1/2008]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2640_2659/2649/e264900.html.

COHEN I Bernard

1984 "Florence Nightingale"; *Investigación y Ciencia* , mayo: 92-100. (ed. Especial)

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

1998 *Libro blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles*, Madrid: Consejo General de Enfermería.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

1961 *Principios Básicos de los cuidados de Enfermería* . Washington: Organización Panamericana de la Salud, OMS., (Publicación científica, nº 57).

D'ANDRADE, Roy

1995 *The development of cognitive anthropology* ; Cambridge: Cambridge University Press.

DAVIES, Celia

1995 *Gender and the professional predicament in nursing*; Buckinham: Open University Press.

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

2001 21ª ed., Madrid: Espasa Calpe

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO TABER DE CIENCIAS DE LA SALUD

2008 Madrid; Valencia: DAE, cop.

DOMINGO, Manuela, GÓMEZ, Francisco Javier, TORRES, María, et al
2005 "Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero"; *Enfermería Clínica*, 15
(5):267-74

DOMÍNGUEZ CARMONA, Manuel

1988 "Concepto de salud y enfermedad", en G. PIEDROLA, M. DOMÍNGUEZ,
P. CORTINA, R. GÁLVEZ, A. SIERRA, MC. SÁENZ, LL. GÓMEZ, J.
FERNÁNDEZ-CREHUET, L. SALLERAS, A. CUETO, JJ. GESTAL;
Medicina preventiva y salud pública; 8ª ed., Barcelona: Salvat.

DOMÍNGUEZ-ALCÓN Carmen, RODRÍGUEZ Josep A, DE MIGUEL Jesús M

1983 *Sociología y enfermería*. Madrid: Pirámide S.A.,

DURKHEIM Émile, MAUSS Marcel

1966 "Sobre algunas formas primitivas de clasificación", en E. DURKHEIM:
Clasificaciones primitivas (y otros ensayos de antropología positiva).
Barcelona: Ariel.

ELLIOT Philip

1975 *Sociología de las profesiones*. Madrid: Tecnos.

FAUCI Anthony S, BRAQUUNWALD Eugene, ISSELBACHER Kurt J, et al

1998 *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 14ª ed., Madrid: McGraw-Hill
Interamericana.

FERNÁNDEZ MC CLINTOCK, James W

2006a: "La misión de la metáfora en la cultura expresiva". En: *En el dominio del
tropo. Imaginación figurativa y vida social en España* ; Madrid: UNED.
Págs.: 47-95.

2006b: "Momentos emergentes: protagonismo social y trayectorias vitales". En:
En el dominio del tropo. Imaginación figurativa y vida social en España ;
Madrid: UNED. Págs.: 238-265.

2006c: "Por el sendero del huerto: de las patologías de la investigación y sobre el progreso del conocimiento". *Revista de Antropología Social*, Vol. 15: 279-310.

FRANCISCO, Cristina, BENAVENT, M^a Amparo, FERRE, Esperanza

2001 "Configuración y evolución de la enfermería", en MA. Benavent, E. Ferre, C. Francisco: *Fundamentos de enfermería*; Madrid: DAE, 17-53.

GARCÍA, José Luis

1996 *Prácticas paternalistas. Un estudio antropológico sobre los mineros asturianos*, Barcelona: Ariel (capítulo 7, 191-220)

2000 "Informar y narrar: el análisis de los discursos en las investigaciones de campo"; *Revista de Antropología Social*, 9: 75-104.

2002 "La Huelga de los mineros asturianos de 1962: experiencias y discursos", en Vega R (coord.) *Las huelgas de 1962 en Asturias*, Gijón: Trea, 327-346.

2007 "Cultura". En A. BARAGAÑO, JL. GARCÍA, M. CÁTEDRA, MJ. DEVILLARD: *Diccionario de relaciones interculturales. Diversidad y globalización*; Madrid: Editorial Complutense, 47-51

GIRBÉS MS

1999 "Reflexiones sobre el desencuentro", *Escuela Universitaria de Enfermería <La fe>*, 1:11-12.

GÓMEZ, J, DOMÍNGUEZ, M, GABALDÓN, EM, et al

2003 "Terminología utilizada por las enfermeras del Hospital General de Alicante en la hoja de cuidados de enfermería"; *Index de Enfermería*, primavera-verano, año XII, nº 40-41: 16-19

GONZÁLEZ ANLEO, Juan

- 1994 "Las profesiones en la sociedad corporativa", en JL. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ y A. HORTAL ALONSO (comp.): *Ética de las profesiones*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Antonio

- 1989 *Diseño y cálculo de test estadísticos para ensayos clínicos y de laboratorio*, Madrid: Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense.

GONZÁLEZ GUTIÉRREZ-SOLANA R, FERRER PARDAVILA A, PUGA MIRA MJ, et al

- 2004 "Resultados de la investigación de datos extraídos del programa Gacela a propósito de 226.000 planes de cuidados"; *Ponencia en el VIII Encuentro de investigación en enfermería*; Sevilla, noviembre. Beca FIS 02/10057 de evaluación de tecnologías sanitarias, diciembre 2002 – diciembre 2003.

GORDON, Margory

- 1996 *Diagnóstico enfermero. Proceso y Aplicación*, 3ª ed. , Barcelona: Mosby/Doyma Libros.

GRACIA, Diego

- 1992 "Desarrollo, aportación e imbricación de la enfermería en el avance tecnológico". *I Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería: LA ENFERMERÍA EN EL SIGLO XX. DE OFICIO A PROFESIÓN. LOS MOMENTOS DEL CAMBIO* , Seminario Permanente en investigación en Historia de la Enfermería, EUEFP y Departamento de Enfermería de la U. Complutense de Madrid, octubre.
- 1996 "Prólogo". En: F. HERNÁNDEZ MARTÍN: *Historia de la enfermería en España (desde la Antigüedad hasta nuestros días)*; Madrid: Síntesis.

GRANOLLERS, Roser, MONTANUY, Teresa, ESTANY, Pepita, et al
2006 "¿Utilizan las enfermeras el método científico?"; *Revista Rol de Enfermería*; 29(7-8):5-10

GUIRAO, Adolf
1997 "Cuestión de filosofía", *El correo de la AENT DE*, I (3), octubre.
[Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería]

HAMMERSLEY, Martyn y ATKINSON Paul
2001 *Etnografía. Métodos de investigación*. 2ª ed., Barcelona: Paidós Básica.

HERNÁNDEZ CONESA Juana M, MORAL DE CALATRAVA Paloma y
ESTEBAN ALBERT, Manuel
2003 *Fundamentos de la enfermería. Teoría y método*, Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

HERNÁNDEZ MARTÍN, Francisca
1996 *Historia de la Enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Síntesis.

HERNÁNDEZ YÁÑEZ Juan F.
2010 *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Informe 162/2010: Fundación Alternativas

HERRERO DE MIÑÓN, Miguel
2005 "Neoiusnaturalistas"; *El País*, 23 de febrero: 13

IZQUIERDO, Juan Miguel, PÉREZ, Mª Belén, RAMÍREZ Francisco José, et al
2002 "Implantación del proceso enfermero". *Revista Rol de Enfermería*; 25 (7-8)

IYER, Patricia W., TAPTICH, Barbara J. y BERNOCCHÉ-LOSEY, Donna
1997 *Proceso y Diagnóstico de Enfermería* 3ª ed., México: Interamericana-McGraw-Hill

JOHNSON, Marion, BULECHEK, Gloria M, McCLOSKEY, Joanne C., et al
2002 "Los lenguajes". En: *Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC* ; Madrid: Elsevier Science; pags.: 3-12.

KÉROUAC, Suzanne, PEPIN, Jacinthe, DUCHARME, Francine, et al
2005 *El pensamiento enfermero*. 3ª reimp., Barcelona: Masson.

KLEINMAN, Arthur
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*; Berkeley: University of California Press.

KUHN Thomas S.
2001 [1962] *La estructura de las revoluciones científicas* ; 19ª ed., 20ª reimp., Madrid: Fondo de Cultura Económica.

LAKOFF, George y JOHNSON, Mark
1998 *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra

LAKOFF, George
2007 *No pienses en un elefante. Lenguaje y debate político* . Madrid: Editorial Complutense.

LEACH, Edmund
1993 *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. 5ª ed., Madrid: Siglo XXI de España.

LÉVI-STRAUSS, Claude

1979 "Introducción a la obra de Marcel Mauss". En MAUSS M: *Sociología y Antropología*; 1ª ed., reimp., Madrid: Tecnos.

LEY GENERAL DE SANIDAD. Ley 14/1986 de 25 de abril (BOE del 29 de abril)

LINDE, Charlotte

1987 "Explanatory systems in oral life stories". En Holland D, Quinn N: *Cultural models in language and thought*; Cambridge: Cambridge University

LIZCANO, Emmanuel

2006 *Metáforas que nos piensan. Sobre ciencia, democracia y otras poderosas ficciones*; Madrid: Ediciones bajo cero: Traficantes de sueños.

LÓPEZ-PARRA, María, SANTOS-RUIZ, Susana, VAREZ-PELÁEZ, Susana, et al

2006 "Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial", *Enfermería Clínica*; 16(4):218-21

LUIS, Mª Teresa

2008 *Los diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*, 8ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson.

LUIS, Mª Teresa, FERNÁNDEZ FERRÍN, Carmen y NAVARRO GÓMEZ, Mª Victoria

2005 *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*, 3ª ed., Barcelona: Masson.

MARTÍN ZURRO, Amando

2003 "Atención primaria de salud". En MARTÍN ZURRO A y CANO PÉREZ JF: *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid-Elsevier.

MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel

1996 "Antropología de la salud. Una aproximación genealógica". En PRAT, J., MARTÍNEZ, A.: *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona: Ariel Antropología.

2008 *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

MARTÍNEZ NIETO JM

2004 *Vocación en enfermería: Entre la etnografía y la cuantificación: Una visión a través de estudiantes de enfermería*; Cádiz: Universidad, Servicio de publicaciones.

MASON SF

1997 *Historia de las ciencias. 2. La revolución científica de los siglos XVI y XVII*; Madrid: Alianza editorial.

Mc CLOSKEY Joanne C. y BULECHECK Gloria M.

2001 *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*, 3ª ed., Madrid: Harcourt.

MENA, Francisco José, MACIAS, Ana Carmen, ROMERO, Marina, et al

2001 "¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero?". *Revista Rol de Enfermería*, 24 (2).

MONTES, J Francisco

2002 "La enfermería. Una breve aproximación sociológica. Desde, dónde y hacia dónde"; *Cultura de los cuidados*, año VI (11): 30-9

MUCCHIELLI, Alex

1996 *Diccionario de métodos cualitativos en ciencias humanas y sociales*. Madrid: Síntesis.

NANDA

2001 *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002*.
Barcelona: Harcourt

NIGHTINGALE, Florence

1990 *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Salvat.

NOGALES, Amparo

1996 "Los orígenes del monacato", en F. HERNÁNDEZ (Coord.): *Historia de la Enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días)*.
Madrid: Síntesis.

PARSONS, Talcott

1976 *El sistema social*, 2ª ed. Madrid: Revista de occidente.

PIERA, Ana M.

1998 "Análisis de la formación de las enfermeras I. De los usos y métodos de investigación cualitativa"; *Cultura de los Cuidados* (3): 46-51

QUINN Naomi y HOLLAND, Dorothy

1987 "Culture and cognition", en D. Holland, N. Quinn: *Cultural models in language and thought*; Cambridge: Cambridge University

RAYÓN, Esperanza

2006 *Modelos culturales: un estudio de su aplicación a la práctica profesional de la enfermería*. Tesis doctoras. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Madrid: Universidad Complutense.

RIFA, Rosa, ROURE, Rosa

2008 *VII Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería*; Correo AENTDE, Vol. 11, [www.aentde.com], [editado en diciembre de 2008].

ROMERO, Ana M^a

2000 "Consulta de enfermería", en V. APARICIO, C. GERMÁN, L. MAZARRASA, A. MERELLES, A. SÁNCHEZ: *Enfermería comunitaria 3. Actuación en Enfermería Comunitaria. Los sistemas y programas de salud*; Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.

RUIZ-JIMÉNEZ, Juan Luis

2000 "El sistema sanitario español", en V. APARICIO, C. GERMÁN, L. MAZARRASA, A. MERELLES, A. SÁNCHEZ: *Enfermería comunitaria 3. Actuación en enfermería comunitaria. Los sistemas y programas de salud*; Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.

SAN ALBERTO, Rosa M^a, DE LA RUBIA, Juan A, RODRIGUEZ, Alejandra

2002 "Urgencias extrahospitalarias: aplicación de los diagnósticos de enfermería"; *Revista Rol de Enfermería*; 25 (1)

SANTO TOMÁS, Magdalena

1997 "Generalidades y conceptos", en C. FERNÁNDEZ, M. GARRIDO, M. SANTO TOMÁS, MD. SERRANO: *Enfermería Fundamental*. Barcelona: Masson, S.A., 3-10.

SMITH, James P.

1996 *Virginia Henderson. Los primeros noventa años*. Barcelona: Masson.

SONTAG, Susan

2005 *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*; 2^a ed. Madrid: Punto de lectura

SPERBER, Dan

1988 *El simbolismo en general*; Barcelona: Anthropos

STRAUSS Claudia y QUINN, Naomi

1997 *A cognitive theory of cultural meaning*; Cambridge: University press.

TOMEY, Ann Marriner y ALLIGOOD, Martha Raile

2007 *Modelos y teorías de enfermería*, 6ª ed., Madrid: Elsevier Science.

UGALDE, Mercedes

2004 *Génesis, desarrollo y proyección de las taxonomías enfermeras*. V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber. Valencia, 13,14 de mayo.

WATSON, Jane.

2004 "Modelo del caring como guía para la evaluación, medición y registro de la práctica enfermera profesional". *V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber*. Valencia, 13,14 de mayo.

WEBER, Max

1983 *Economía y Sociedad*. 2ª ed., 6ª reimp. México: Fondo de Cultura Económica.

WIMPENNY, Peter

2002 "The meaning of models of nursing to practising nurses"; *Journal of Advanced Nursing (J Adv Nurs)*, 40(3): 346-54.

Anexo I

***Paradigmas de enfermería y
concepciones del cuidado***

CATEGORIZACIÓN

Se desarrolla durante el siglo XIX y principios del XX e interpreta los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. El conocimiento se orienta a la búsqueda de las causas de la enfermedad y descubrimiento de leyes generales. Los cuidados están vinculados a la práctica médica y la distribución por tareas (taylorismo). La figura paradigmática de esta época fue Florence Nightingale. Autores como Medina y Sandín (1995) hablan directamente del paradigma positivista.

INTEGRACIÓN

Prolonga la influencia del de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Se sitúa entre los años 1950 y 1975, coincidiendo con el surgimiento de la definición de salud de la OMS y el auge del modelo biopsicosocial. La investigación en psicología individual y la teoría de la motivación hacen reconocer la importancia del ser humano en la sociedad, consolidando la orientación del paradigma hacia la persona (conjunto formado por componentes biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, que están relacionados entre sí, y en continua interacción con el entorno). Se reconoce a la enfermería como una disciplina distinta a la medicina, y cuya misión es determinar las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones, y actuar como consejera que ayuda a escoger los comportamientos adecuados. Siguiendo el ejemplo de las teorías administrativas que ponen el acento en la persona, la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le da un gran poder en la toma de decisiones. Si exceptuamos la teoría de Nightingale en el siglo XIX, se puede afirmar que este paradigma coincide con la presencia de la enfermería americana en la universidad, e inaugura toda una época de producción científica con la

publicación de los primeros modelos teóricos (Henderson, Orem, Peplau, Roy). Las escuelas de pensamiento enfermero que corresponden a este periodo son la de necesidades, de interacción, de los efectos deseables, y de promoción de la salud.

ESCUELA DE NECESIDADES

Esta escuela conceptualiza el cuidado centrado en la independencia de la persona para satisfacer sus necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. La enfermera reemplaza a la persona que no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados. Teóricos como Maslow y Erikson han influido en esta escuela.

Virginia Henderson (1955)

Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos, con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Dorothea E. Orem (1959)

Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar su capacidad de autocuidado.

ESCUELA DE LA INTERACCIÓN

Según esta escuela, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios

valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado. Gran influencia de la teoría psicoanalítica.

Hildegard Peplau (1952)

Relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso de cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

La persona es vista como un sistema que ha perdido su equilibrio. El objetivo de la enfermería consiste en restablecer el equilibrio, estabilidad, homeostasia o en preservar la energía. La escuela se basa en teorías de la adaptación, del desarrollo y en la teoría general de sistemas.

Callista Roy (1971)

Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores que influyen su adaptación en los cuatro modos (fisiológico, autoimagen, función según los roles e interdependencia), y a intervenir modificando estos factores (estímulos focales, contextuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad.

ESCUELA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El punto de mira de esta escuela se extiende a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud. Se interesa por cómo lograr los comportamientos de salud. Las principales fuentes teóricas de esta escuela son la filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social de Bandura.

Moyra Allen (1963)

Ciencia que promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud.

TRANSFORMACIÓN

Considera que un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro, aunque algunos presenten similitudes. Es definido como una estructura, un pattern único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Desarrollado a partir de los años 70, es dentro de esta perspectiva desde la que se destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo; como quedó fijado en 1978 en la Conferencia Internacional sobre los Cuidados de Salud Primarios que organizó la OMS en Alma-Ata. El cuidado es 'estar con' la persona, siendo la enfermera y el paciente compañeros en un cuidado individualizado dirigido al bienestar. La enfermera crea posibilidades de desarrollar el potencial de la persona y ella misma se beneficia la experiencia. Las escuelas que caracterizan esta etapa son la del ser humano unitario y la del caring.

ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO

Esta escuela ha influido poderosamente en la inclusión del concepto de holismo en la enfermería. Salud y enfermedad no son conceptos contrapuestos ni separados, sino parte de un mismo proceso. La salud es la realización continua de uno mismo como ser humano unitario. Las autoras tienen influencias de teorías de la física, teoría general de sistemas y de fuentes filosóficas existencialistas y fenomenológicas.

Martha E. Rogers (1970)

Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno; centrado en la integralidad de los campos de energía.

Rosemarie Rizzo Parse (1981)

Ciencia y arte centrados en el ser humano en tanto que unidad viviente en actualización y en la calidad de vida mediante la participación cualitativa de la persona en sus experiencias de salud.

ESCUELA DEL CARING

El 'caring' está formado por el conjunto de acciones que permiten a la enfermera descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro en la persona. También significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas. Las principales influencias teóricas se encuentran en la teoría de Carl Rogers y en la antropología.

Madeleine Leininger (1978)

Ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales.

Jean Watson (1980)

Arte y ciencia humana del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía "cuerpo-alma-espíritu" utilizando diez factores de cuidados (la formación de un sistema de valores humanista-altruista; la inspiración de sentimientos de creencia-esperanza; la cultura de una sensibilidad hacia sí mismo y hacia los otros; el desarrollo de una relación de ayuda-confianza; la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; la utilización sistemática del método científico de resolución de problemas en el proceso de toma de decisiones; la promoción de

una enseñanza-aprendizaje interpersonal; la creación de un entorno mental, físico, sociocultural y espiritual de ayuda, protección o corrección; la asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas; el reconocimiento de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales).

Anexo II

***Códigos de identificación de
informantes***

Los códigos estarán formados por un nombre supuesto, unas siglas que identifican al tipo de informante y la edad. (Ej: Paloma, EM-43)

Identificador de informantes

Auxiliar de enfermería

AC: Auxiliar de enfermería en cirugía general

AM: Auxiliar de enfermería en medicina interna

Celadores

CC: Celador de cirugía general

CM: Celador de medicina interna

Enfermeras

DH: Enfermera directivo de hospital

DP: Enfermera directivo de atención primaria (centro de salud)

EC: Enfermera de cirugía general

EM: Enfermera medicina interna

EP: Enfermera de atención primaria (centro de salud)

EO: Enfermera de oncología

EU: Enfermera de la unidad central de úlceras por presión

SC: Supervisora de cirugía general

SH: Supervisora de hospitalización a domicilio

SM: Supervisora de medicina interna

Estudiantes

EsC: Estudiante de enfermería de cirugía general

EsM: Estudiante de enfermería de medicina interna

Pacientes y familiares

FC: Familiar de paciente de cirugía general

FM: Familiar de paciente de medicina interna

FO: Familiar de paciente de oncología

PC: Paciente de cirugía general

PM: Paciente de medicina interna

PO: Paciente de oncología

PP: Paciente de atención primaria (centro de salud)

Anexo III

Planilla de enfermería

CONTROL B. HABS 2612-3522 13 de Marzo del 2006							
	NOMBRE	DIAGNÓSTICO	VALORACIONES			OBSERVACIONES	Pb
			Turno	M	T	N	
26		Obstrucción vía aérea Superior. (insuficiencia Respiratoria).	Tª	36.5		37.3	L.C.
AM			TA	100/60	110/60	110/60	
			FC	80	92	96	
26		Infección respiratoria Insuficiencia respiratoria EPOC	Tª	36.7			GAB
Geriat			TA	110/60	100/60	95/60	
			FC	80	92	82	
27		Neumonía Aspirativa.	Tª	37.1		37.5	
AM			TA	140/40	160/60	120/90	
			FC	88	104	98	
28		Adenopatías a estudio DM 2	Tª	36.3			
AM			TA	110/60	120/80	115/75	
			FC	64	68	68	
29		Dolor abdominal	Tª				
Am			TA		120/80		
			FC		64	60	
30		IRA, Hepatitis, Neumonía. Marcapasos	Tª	37.8			
AM			TA	90/60	90/60	105/60	
			FC	80	104	118	
31		Sd Mielodisplásico Prostatitis Trombopenia	Tª	35.4			URO CUL
AM			TA	110/60	110/60		
			FC	80	84		
32		CA gástrico, hiperemesis	Tª	35.9			
AM			TA	110/60	100/60	120/80	
			FC	78	108	108	
33		Prótesis mitral CA vesícula MX hepáticas	Tª	36.2			Digest
			TA	100/40	110/50	110/40	
			FC	76	80		
33		Insuficiencia respiratoria Infección respiratoria EPOC reagudizado. ICC, DM II	Tª	35.7			
AM			TA	140/60	110/60		
			FC	80	72		
34		Anemia Microcítica a estudio DM, CA. Colon.	Tª	35.3			
AM			TA	110/60	110/80		
			FC	88	84		
34		Anemia microcítica a estudio Anasarca, TEP	Tª	37			CH
AM			TA	120/60	100/40	110/60	
			FC	62	68	60	
35		PCR reanimada. Cardiopatía isquémica. EPOC.	Tª	36.7			L.C.
AM			TA	130/70	120/70	105/60	
			FC	64	76	78	
35		SD febril.	Tª	36.7			L.C.
AM			TA	120/60	110/70	120/70	
			FC	60	68	64	

Anexo IV

Planilla de auxiliar de enfermería

HOJA PLAN DE TRABAJO AUX. DE ENF. 6- ABRIL-2006							
Z-2	NOMBRE	DIETA	VALORACIONES			OBSERVACIONES	Tª
			Turno	M	T	N	
0112		Diabet. S/S.	Ingesta	950		200	g.u. 2 p.m. alergias betadine
			Diuresis	800		400	
			Heces	X	X	0	
0122	AYUDA C.L	1º NORMAL 2º Tx. DIABE + 3 sup. protei	Ingesta	650	800	200	* GN. 2 LP M * puede deambular
			Diuresis	450	400	1100	
			Heces	X	X	X	
0212	ASEO C.L	Tx. DIABE. 3 sup. protei- diab + GELATI	Ingesta	-	900	200	* INYECCION MECANI * VIGILAR NIVEL DE conciencia
			Diuresis	700	Paral	Paral	
			Heces	X X	X X	X	
0222		NORMAL S/S	Ingesta	-		200	
			Diuresis	X	W.C	600	
			Heces	-	X	0	
ASEO 0312	C.L	disfagia - Diabet + gelatina	Ingesta	-		-	* Pet. copro g.u. 2 p.m. * puede deambular con ANDADOR
			Diuresis	Paral	Paral	Paral	
			Heces	-		0	
			Ingesta	//			
			Diuresis	//			
			Heces	//			
0412	ASEO C.L	Blanda Oligo y agua NOMARISEO	Ingesta	-	400	200	- ALERGICO MARISCO (SV) URG. ORINA
			Diuresis	Paral	100	900	
			Heces	X X	0	0	
ASEO 0422	C.L.P	Tx anafilaxia + gelatina	Ingesta	-		0	(-) - 800 power gaseum 2 p.m. orig. URG. DEPO * VIGILAR SIGNOS SANG. NAD 63
			Diuresis	Paral	500	P+	
			Heces	X ENFER. GELATI	0	0	
0512		BASAL S/S	Ingesta	-		200	* DIURESIS * GN. 2 LP M
			Diuresis	X	W.C	W.C	
			Heces	X		0	
ASEO 0522	C.L	Tx Dinkari - S/S + gelatina	Ingesta	-		-	PTA copro
			Diuresis	Paral	Paral	Paral	
			Heces	-	0	0	
0612		NORMAL	Ingesta	-		200	
			Diuresis	X	W.C	W.C	
			Heces	-	0	0	
0622	L	ABSOLUTA	Ingesta	-	ABS	ABS	* REDON-520 cc
			Diuresis	Paral	W.C	W.C	
			Heces	-	0	0	
0712		1500-cal DIABETICA S/S	Ingesta	550	700	200	GN. 2 LP M
			Diuresis	X	W.C	W.C	
			Heces	-	X	0	
ASEO 0722	L	Tx 40. gº PROTEINAS	Ingesta	6	600	200	(SV)
			Diuresis	300	200	700	
			Heces	X	0	X	

Anexo V

Carteles de control de enfermería

Carteles medicina interna

Cuarto de medicación

- Monitorización de fármacos.
- Lavado higiénico de manos / lavado rutinario de manos.
- Clasificación adecuada de ropa sucia.
- Recomendaciones para la cura de úlceras por presión.
- Vertidos accidentales.
- Precauciones universales ante accidentes biológicos.
- Normas de actuación en caso de accidente de trabajo del personal de IMSALUD Área 7, actuación en accidente de riesgo biológico.
- Tabla de insulinas.

Paredes del control y escritorio

- Teléfonos de interés (despachos de médicos y Servicios Centrales donde se realizan pruebas a los pacientes) -Lugar preferente-
- Precauciones de higiene para *Clostridium difficile*.
- Dietas del hospital.
- Servicio de Inmunología: Protocolo de extracciones.
- Programa de derivación de pacientes a centros de apoyo.
- Carteles de sindicatos.
- Aviso sobre Volantes: los volantes de la carpeta deben revisarse todos en todos los turnos, incluida la noche.
- Solicitud de traslado en ambulancia no urgente.
- Normas para la determinación de D-xylosa (enfermos ingresados).
- Cartel informativo sobre la ONG Desarrollo y Asistencia.
- Recomendaciones para la curación de las úlceras por presión.

Cuarto de estar

- Información sindical.
- Normas para la determinación de D-xylosa (enfermos ingresados).
- Consejos para la correcta administración de heparina.
- Partes de quirófano.

Carteles cirugía general

Paredes del control

- Normas de actuación en caso de accidente de trabajo. Personal del IMSALUD. Área 7.
- Clasificación adecuada de la ropa sucia.
- Cuadro de desinfectantes: En columna de la izquierda figuran los productos a su derecha se indica la superficie en la que actúa.
- Cuadro de antisépticos: En columna de la izquierda figuran los productos a su derecha se indica la superficie en la que actúa.
- Preparación del colon con fosfosoda.
- Tratamiento con Optifast.
- Nota del servicio de Inmunología a jefaturas de planta de hospital: Intentando subsanar las incidencias en las extracciones de analíticas de inmunología.
- Reposición del carro de paradas. Asignación por turnos para la revisión.
- Preoperatorio.
- Distribución por controles de los planes de cuidados.
- Protocolo para la administración de insulina.
- Protocolo de Urokinasa a través del tubo de tórax.
- Petición servicio de inmunología.
- Teléfonos.

Cuarto de medicación

- Actualización de insulinas.
- Protocolo para la administración de insulinas.
- Instrucciones para colocar el equipo de infusión TERUFUSION-D (Equipo para bomba).
- Precauciones universales en la prevención de riesgos por accidente biológico.
- Clasificación adecuada de ropa.
- Monitorización de fármacos.

- Recomendaciones para la curación de las úlceras por presión.
- Armario en el cuarto de medicación: Cartel con los códigos y ubicación de los productos.
- Instrucciones para el uso de Palomilla de Seguridad BD Vacutainer Pushbutton.

Anexo VI

Informe del Comité de Bioética

Informe Dictamen Protocolo Favorable

C.P. S/C - N.E. / / - C.I. E-06/142

12 de junio de 2006

CEIC Area - Hospital

Dña.
Secretaria del CEIC Area -

CERTIFICA

1º. Que ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: Tesis doctoral sobre la profesión de enfermería

Código Promotor: S/C

Código Interno: E-06/142

Proyecto de Tesis Doctoral sobre la profesión de Enfermería de D. Ramón del Gallego Lastra.

Fecha Entrada: 17/05/2006

2º. Considera que

- Se respetan los principios éticos básicos y es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado
- Se cumple la legislación aplicable.

Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE.**

Lo que firmo en Madrid, a 12 de junio de 2006

Fdo:


Comité Ético de
Investigación Clínica

Dña.
Secretaria del CEIC Area - Hospital

Coordinación de Ensayos Clínicos,
Tel. Fax.

Hospital
C/

Correo electrónico

Madrid 28

Madrid España

Página 1 de 1

Anexo VII

Comentarios de medicina interna

MEDICINA INTERNA									
1	Información derivada de la iniciativa profesional de la enfermería						Totales		Porcentaje
1.1	1.1.1	INFORMACIÓN INGRESO						1456	59,62
	1.1.1.1	Procedencia						333	13,64
	1.1.1.1.1	Urgencias					27		1,1
	1.1.1.1.2	Otros							
	1.1.2	Edad y hora					20		0,82
	1.1.3	Fichas (7-9-6)					286		11,71
	1.1.3.1	Motivo de ingreso				45			1,84
	a)	Descripciones semiológicas			19				0,77
		· Impotencia funcional progresiva de cadera izquierda desde hace 15 días							
		· Acude a urgencias por dolor intenso en ingle derecha.							
	b)	Diagnósticos médicos			22				0,9
	c)	Intervenciones quirúrgicas			4				0,16
	1.1.3.2	Antecedentes personales			104				4,25
	a)	Diagnósticos médicos			83				3,43
	b)	Intervenciones quirúrgicas			7				0,28
	c)	Alergias a medicamentos			6				0,24
		· No alergias medicamentosas conocidas (NAMC)							
		· Alérgico a la penicilina y terramicina							
	1.1.3.3	Conductas adictivas			16				0,65
		· No refiere							
		· Fumador de 20-25 cigarrillos al día							
		· Bebedor ocasional							
	1.1.3.4	Otros problemas de salud			7				0,28
	a)	Diagnóstico médico			3				0,12
	b)	Descripción semiológica							
	c)	Tratamientos médicos / Cuidados							
	d)	No presenta							
	1.1.3.5	Otros			114				4,66
	a)	Actividades de la vida diaria (AVD)							
	b)	Piel							

[illegible]

2	Información derivada de órdenes médicas directas									
2.1	TRATAMIENTO MÉDICO / MEDICACIÓN									
	2.1.1	Registro de la acción						464	986	40,38
		2.1.1.1	Anotación genérica					385		19
			· Administrada medicación pautada							15,76
			· Administrado tratamiento y cuidados de enfermería							4,7
		2.1.1.2	Sueros				75			3,07
		a)	Pauta							
		b)	Retirada							
		2.1.1.3	Analgésicos				47			1,92
		a)	Con pauta fija							
		2.1.1.4	Respiración				33			1,35
		a)	Nebulizaciones con (Medicamento)							
		b)	Oxígeno (Procedimiento y dosis)							
		2.1.1.5	Otros medicamentos				106			4,34
			· Insulina							
			· Antitérmicos							
			· Etc.							
		2.1.1.6	Decisiones de enfermería				9			0,36
		a)	Analgesia							
			· No precisa							
			· No pongo ... (Medicamento)							
			· Adelanto morfina							
		b)	Otros							
			· Adelanto nebulizaciones por disnea							
			· Adelanto corticoides							
			· No se pone oxígeno							
		2.1.2	Respuesta al tratamiento							
								58		2,37
		2.1.2.1	Analgesia				23			0,94
		2.1.2.2	Digestivo				7			0,28
		2.1.2.3	Respiración				14			0,57
		2.1.2.4	Diabetes				3			0,12

		2.1.2.5	Sedación			2			0,08
		2.1.2.6	Fiebre			2			0,08
		2.1.2.7	Seguril			1			0,04
		2.1.2.8	Otros			6			0,24
		2.1.3	Trámites / Avisos				21		0,85
		2.1.3.1	Trámites burocráticos			11			0,45
		2.1.3.2	Transmitir decisiones			9			0,36
				· Poner enema si no deposición					
				· Medicación noche y mañana con poco agua					
				· Se retiran aerosoles					
		2.1.3.3	Avisos			1			0,04
		2.2. PRUEBAS					230		9,41
		2.2.1	Obtención de muestra en planta para envío a laboratorio				106		4,34
		2.2.1.1	Obtención de muestra (sangre, orina, etc.)			87			3,56
		2.2.1.2.	Trámites administrativos			16			0,65
		2.2.1.3	Transmisión de órdenes			3			0,12
				· Le recuerdo que tiene que guardar la diuresis					
				· Si temperatura superior o igual a 37,8º C sacad 2 hemocultivos					
		2.2.2	Realización fuera de la planta				82		3,35
		2.2.2.1	Preparación			11			0,45
		2.2.2.2	Indicación de horario			17			0,69
		2.2.2.3	Envío del paciente			10			0,4
		2.2.2.4	Informar sobre la ejecución técnica			27			1,1
		2.2.2.5	Incidencias			3			0,12
				· Pendiente ecografía					
		2.2.2.6	Cápsula endoscópica			8			0,32
		2.2.2.7	Trámites administrativos			6			0,24
		2.2.3	Realizadas en la planta (Obtención de muestra y resultados)				42		1,71
		2.2.3.1	BM Test			23			0,94
		2.2.3.2	Glucemia			19			0,77

	2.4.3	Registros y notificaciones				18			0,73
			· Cambio dieta						
			· Pauto glucemias						
			· Posible traslado						
2.5	GESTIÓN DE PROCESOS					168			6,87
	2.5.1	Médico de guardia				94			3,84
	2.5.1.1	Solicitar médico de guardia			36				1,47
			· Aviso al médico de guardia por...						
	2.5.1.2	Confirmar la visita médica			30				1,22
			· Visto y valorado por médico de guardia (MG)						
			· Valorado por cardiólogo						
	2.5.1.3	Incidencias			7				0,28
			· Pendiente de que suba el médico de guardia a pautarlo [orden médica telefónica]						
			· Pendiente valoración médico						
	2.5.2	Pruebas			15				0,61
			· Citado para rayos (RX)						
			· Pendiente coger resultados de análisis						
	2.5.3	Interconsultas			31				1,26
	2.5.3.1	Aviso médico responsable							
	2.5.3.2	Confirmar visita médico responsable							
	2.5.3.3	Incidencias							
	2.5.4	Altas y traslados			12				0,49
			· Hoy alta						
	2.5.5	Otros			16				0,65
			· Firmado consentimiento informado en unidosis						
			· Aviso a seguridad para guardar pertenencias						
			· Sube de urgencias en silla y bajó en cama						
Total						2442			100%

Anexo VIII

Comentarios de cirugía general

CIRUGÍA GENERAL									
1 Información derivada de la iniciativa profesional de la enfermería					Totales			Porcentaje	
	1.1	INFORMACIÓN INGRESO						1424	69,87
	1.1.1	Procedencia							3,19
		1.1.1.1	Urgencias						1,82
		1.1.1.2	Otros			5			0,25
						32			1,57
	1.1.3	Fichas (1-3)							1,37
		1.1.3.1	Motivo de ingreso						
			b)	Diagnósticos médicos		3			0,15
			c)	Intervenciones quirúrgicas		1			0,05
		1.1.3.2	Antecedentes personales						
			a)	Diagnósticos médicos		11			0,54
			b)	Intervenciones quirúrgicas					
			c)	Alergias a medicamentos		4			0,20
		1.1.3.3	Conductas adictivas			1			0,05
				· Fumador de 20-25 cigarrillos al día					
				· Bebedor ocasional					
		1.1.3.4	Otros						
			a)	Actividades de la vida diaria (AVD)		2			0,10
				· Ayuda total					
				· Vida cama-sillón					
			b)	Descripción libre /abierta					
				b.1) Consciencia		4			0,20
				b.2) Constantes viales		2			0,10

1.2	VALORACIÓN DEL PACIENTE									
	1.2.1	Constantes vitales								60,65
		1.2.1.1	Información cuantitativa					315	1236	15,46
		1.2.1.2	Información cualitativa				18			0,88
							297			14,57
			· Mantenidas /Estables							
			· Afebril /Febril							
	1.2.2	Drenajes						207		10,16
	1.2.3	Movilidad						148		7,26
		1.2.3.1	Sedestación							
			· Hace vida cama-sillón							
		1.2.3.2	Deambulaci6n							
	1.2.4	Diagn6sticos m6dicos						89		4,37
	1.2.5	Sin incidencias						80		3,93
	1.2.6	Ap. Digestivo						79		3,88
		1.2.6.1	Deposiciones							
		1.2.6.2	V6mitos y nauseas							
		1.2.6.3	Ingesta							
			a) Apetito							
			b) Cantidad ingerida							
		1.2.6.4	Sonda nasog6strica							
	1.2.7	Dolor						58		2,85
	1.2.8	Estado general / 6nimo						54		2,65
		1.2.8.1	Bueno				50			2,45
			· Pasa bien la ma1ana / etc.							
		1.2.8.2	Malo				4			0,20
			· Mal estado general/ Empeora							

2.4	OTRAS ÓRDENES MÉDICAS					
	2.4.1	Transcripción orden / Ejecución				
		2.4.1.1	Digestivo			
		a)	Dieta (Tipo)			
		b)	Sonda nasogástrica (SNG)			
		2.4.1.2	Respiratorio	4		0,20
		a)	Oxígeno			
	2.4.2	Respuesta al tratamiento				
		2.4.2.1	Digestivo	26	26	1,28
		a)	Tolerancia a los alimentos			1,28
		2.4.2.2	Reposo			
2.5	GESTIÓN DE PROCESOS					
	2.5.1	Médico del paciente				
	2.5.2	Médico de guardia				
	2.5.3	Altas y traslados				
			Hoy alta			
Total					2038	100%

Anexo IX

Virginia Henderson

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA (1955)

Fuentes teóricas

- Concepto y reconstrucción de la independencia: Deaver, G.
- Equilibrio fisiológico: Stackpol, C.
- Importancia de la higiene: Broadhurst, J.
- Necesidades fundamentales de los seres humanos: Thorndike, E.
- Relación enfermera-paciente: Orlando, I.
- Definición de enfermería: Hamer, B.

Conceptos del metaparadigma

Persona: El paciente es un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia, o la muerte pacífica. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Entorno: (NDE) Conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

Salud: La calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Enfermería: La función propia de la Enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios; y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Necesidades Básicas del Ser Humano

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber de forma adecuada.
- 3.- Eliminar los residuos corporales.
- 4.- Moverse y mantener la posición deseada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir prendas de vestir (vestirse y desvestirse).
- 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
- 8.- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- 9.- Evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.- Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- 12.- Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13.- Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Estas necesidades comunes a todos los seres que atiende la enfermera, presentan unos Factores Modificadores, *permanentes* unos como son: Edad, Cultura, Situación Social, Temperamento y Capacidad Física e Intelectual, y otros *ocasionales* dependientes de la Enfermedad que aqueja al paciente; factores éstos que es preciso valorar para tener un conocimiento completo de la persona y que permiten verla como un todo único e irrepetible. Por tanto Henderson no sólo ve a la persona como un ser que comprende un cuerpo y una mente inseparables, sino que también es un ser único y diferente en cada momento de su vida fruto de la interacción de éste con sus factores modificadores (CIE, 1961:11-15).

Relación enfermera-paciente

La enfermera y el paciente se relacionan a tres niveles, clasificados desde una relación muy dependiente a una relación completamente independiente, considerando a la enfermería como:

- 1.- sustituto del paciente
- 2.- ayuda para el paciente
- 3.- compañera del paciente

En la primera relación la enfermería es vista como sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse "completo", "entero" e "independiente". En la segunda la enfermería ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. En la tercera la enfermería y el paciente idean juntos el plan de cuidados.

Anexo X

Carteles de consulta de enfermería

Consultas

- Calendario de vacunación para adulto.
- Inmunoterapia con recomendaciones de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología.
- Pirámide nutricional.
- Imagen de la columna vertebral y las posturas correctas en ciertos movimientos comunes.
- Asignaciones de tareas del turno de tarde.
- Relación de médicos y enfermeras y las 'salas' donde se ubican.

Sala de curas

- Precauciones universales en la prevención de riesgos por accidentes biológicos.
- Administración de citostáticos en Atención Primaria.
- Administración de Metrotexato.
- Productos para el tratamiento de úlceras existentes en el almacén del Área (2 carteles).
- Apósitos estériles / Hidrogeles.

Anexo XI

Unidades de hospitalización

Según información proporcionada por la Dirección de Enfermería del Hospital.

- Bloque Quirúrgico
- Cardiología
 - Exploración cardiovascular
- Centro de Especialidades I y II
 - Consultas
 - Laboratorio
 - Radiología
- Cirugía
- Cirugía Vascular
 - Exploración cirugía vascular
- Consultas Externas
- Críticos I y II
- Digestivo
- Geriátría
- Ginecología
 - Consultas Ginecología
- Hematología
- Hemodinámica
- Hospital de día
- Incidencias
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neonatología
- Neurocirugía
- Neurología
- Oncología
- Oftalmología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Policlínica
- Servicios centrales
 - Anatomía Patológica
 - Laboratorio
 - Medicina nuclear
 - Radiología
 - Terapia ocupacional
- Traumatología
- Urgencias

Anexo XII

***Carteles publicitarios de fiestas
universitarias de enfermería***



¿QUIERES PONERTE
UNA INYECCIÓN DE
JUEGA?

FIESTA
DE
ENFERMERÍA

Si QUIERES QUE TUS NEURONAS PATINEN
Y TUS VALORES SANGUÍNEOS HIERVAN DE
EMOCIÓN. VEN A PASÁRTELO A TOPE
EN TWINN C/FDZ DE LOS RÍOS N.º 67
MONCLOA

Os ESPERAMOS PARA CURAR TODOS VUESTROS MALES
EL 23 DE DICIEMBRE A LAS 21:00 h.
2 COPAS X 1.000 ptas.
NUESTRA ESPECIALIDAD ES "ALEGRAR" AL PACIENTE

Fiesta de

Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa

ENFERMERIA

FECHA:
VIERNES
3 DIC.

LUGAR:
ROCK
STAR

HORA:
12
NOCHE



PROM 2000

By ASJ '99

PRECIO ANTICIPADA: 1.200 PTAS. - EN TAQUILLA: 1.500 PTAS.
+ A CONSUMICIÓN + SORTEO VARIOS VIAJES
VENTA DE ENTRADAS:
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DE LEIOA 3º



PATROCINA:



► Prezio Onak baino gehiago ► Más que Buenos Precios

Anexo XIII

Patrones Funcionales de Salud

MARGORY GORDON

Margory Gordon describió por primera vez los patrones funcionales de salud a mediados de los años setenta, para enseñar la valoración y los diagnósticos de enfermería en la Escuela de Enfermería de Boston, y los define como *"una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo"* (Gordon, 1996: 75). Son las secuencias de comportamiento, más que los hechos aislados, los datos utilizados para los juicios clínicos. El juicio (Gordon, 2003: 5) sobre un patrón funcional se realiza comparando los datos de la valoración con: 1º) los datos de referencia del individuo, 2º) las normas estadísticas para su grupo de edad, o 3º) las normas culturales, sociales u otras. Un patrón se construye a partir de las descripciones del cliente y de las observaciones de la enfermera. Un patrón no se ve, se construye, por lo que resulta imprescindible 1º) no recoger datos superfluos que puedan conducir a errores; 2º) al no ser observables su construcción se basa en operaciones cognitivas que se apoyarán en datos, siempre abiertos a cambios, y 3º) los patrones siempre deben ser validados. Son la expresión de la integridad psicosocial de la persona y por ello no pueden ser comprendidos aisladamente, sino en su relación mutua. Los 11 Patrones Funcionales son:

- 1- *Patrón de percepción-manejo de la salud*: Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y como maneja su salud.
- 2- *Patrón nutricional-metabólico* : Describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes.
- 3- *Patrón de eliminación* : Describe el patrón de la función excretora (intestino, vejiga y piel).
- 4- *Patrón de actividad-ejercicio*: Describe el patrón de ejercicio, actividad y ocio.
- 5- *Patrón de sueño-descanso*: Describe el patrones de sueño, descanso y relajación.
- 6- *Patrón cognitivo-perceptual* : Describe los patrones sensitivo-perceptual y cognitivo.

- 7- *Patrón de autopercepción-autoconcepto*: Describe el autoconcepto del cliente y la percepción del estado de ánimo. Incluye la percepción que tiene de sí mismo y sus actitudes hacia él
- 8- *Patrón de rol-relación* : Describe el patrón de compromiso del rol y relaciones.
- 9- *Patrón de sexualidad-reproducción* : Describe los patrones de satisfacción sexual y el patrón reproductivo.
- 10- *Patrón de afrontamiento o-tolerancia al estrés* : Describe el patrón de afrontamiento general y la efectividad en términos de tolerancia al estrés.
- 11- *Patrón de valores- creencias*: Describe el patrón de valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona.

Para Gordon la salud se concibe dentro del contexto de patrones funcionales (Gordon, 1996: 78) y es definida como *“el nivel óptimo de funcionamiento que permite a los individuos, familias o comunidades desarrollar su potencial al completo”*. La salud la mide en parámetros y normas (estadísticas, culturales, etc.) combinada con la descripción subjetiva del cliente. La salud ideal está en consonancia con el potencial individual y permite que la intervención sea individualizada. Las desviaciones producidas en un patrón funcional conducen a la identificación de un patrón disfuncional (Gordon, 1996: 111), que se define como *“un problema real que describe una serie de comportamientos que no están de acuerdo con las normas o la salud de un cliente, la situación basal personal; lo que comporta una influencia negativa sobre el funcionamiento global”*. El patrón disfuncional, por tanto, se expresa en forma de diagnósticos de enfermería. Esta situación puede aparecer con la enfermedad o conducir a ella.

La estandarización de datos orienta a la enfermera respecto a los datos que debe recoger, no al enfoque que debe aplicarse al interpretar estos datos. Según el modelo de enfermería utilizado se elaborarán las guías para la interpretación de los datos.

